



**UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ANO LETIVO 2016/2017 – 4º ANO**

Autor: Eddy Coutinho Baia, nº 2380

Mindelo, Julho de 2017.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentada à Universidade do Mindelo como parte dos requisitos para a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem.

Discente:

Eddy Coutinho Baía, nº 2380

Trauma Raquimedular:

Assistência de enfermagem a utentes no serviço de urgência.

Orientador:

Dr. Mário Figueiroa

Mindelo, Julho de 2017

DEDICATÓRIA

Injusto, eu seria se não dedicasse essa conquista a minha família, pois se eles não sonhassem junto comigo a chegada desse momento seria impossível que tudo tornasse realidade. Portanto mãe, pai, meu irmão, minha irmã: essa conquista não é somente minha e sim de todos nós... Dessa forma, só me basta reconhecer de coração e, com intensa emoção, dizer:

MUITO OBRIGADO!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos, que de alguma forma, contribuíram, direta e indiretamente, em todos os aspetos para que eu alcançasse esse triunfo.

A minha Mãe e ao meu Pai, que trabalharam e trabalham, incansavelmente, para fazerem de mim aquilo que sou hoje... pois, em todos os momentos, sempre me apoiaram... Se não tivessem sonhado com esta minha realização académica... este momento teria sido impossível... por acreditarem sempre em mim... obrigada por tudo.

Aos meus colegas de curso, pela amizade, pelo convívio, pelos bons momentos partilhados e pela luta em conjunto e aos enfermeiros, professores e amigos pelo carinho, concelhos, e ensinamentos dados até então.

Ao meu orientador, Dr. Mário Figueiroa, que se mostrou disponível, competente e compreensivo durante a orientação, a ele, um obrigado muito especial, porque sem ele não seria possível à realização deste trabalho, e a professora Sueli Reis, pela orientação científica, disponibilidade, dedicação e apoio, não há palavras que chegam para expressar a minha sincera gratidão.

*“A maior recompensa do nosso trabalho não é o que nos
pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma”.*

(John Ruskin)

RESUMO

O presente trabalho intitula-se, **trauma raquimedular: assistência de enfermagem a utentes no serviço de urgência**, tendo como objetivo principal, conhecer as intervenções de enfermagem direcionada aos utentes com TRM no serviço de urgência. Julgou-se pertinente abordar essa temática, pois uma pessoa vítima de trauma raquimedular acarreta a perda de funções vitais que garantam a independência por parte do utente, que altera de forma drástica a sua vida diária, adotando um estilo de vida menos ativo. Para tal, optou-se por uma metodologia qualitativa, do tipo estudo exploratório descritivo de carácter fenomenológico. A de colheita de dados utilizada foi a observação sistemática, a entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas e fechadas a seis (06) enfermeiros que trabalham diariamente com utentes no Banco Urgência de Adulto (BUA) do Hospital Baptista de Sousa (HBS). O tratamento dos dados foi efetuado através da análise de conteúdos. Uma das principais conclusões retiradas do entendimento dos enfermeiros, salienta-se o fato do serviço do BUA apresentar algumas dificuldades a nível materiais e humanos consideradas indispensáveis na prevenção de possíveis complicações, os cuidados de enfermagem devem ser feitos de forma holística, dando segurança ao utente, explicando todo o processo de tratamento, o que acaba por melhorar a humanização dos cuidados na prática do dia-a-dia. Ainda os enfermeiros realçam que a enfermagem tem um papel crucial no atendimento, tratamento e recuperação dos utentes vítimas de trauma raquimedular.

Palavras-chave: **intervenções de enfermagem; trauma raquimedular, urgência.**

Abstract

The present study is called spinal trauma: nursing care for patients in the emergency department, with the main objective being to know the interventions of nursing directed to the users with RRT in the emergency department. It was considered pertinent to address this issue, since a person suffering from spinal cord trauma entails the loss of vital functions that guarantee independence on the part of the wearer, which drastically changes his daily life adopting a less active lifestyle. For this, we chose a qualitative methodology, of the type descriptive exploratory of phenomenological character. The data collection approach used was the systematic observation, the semi-structured interview, with open and closed questions applied to a sample of six (06) nurses of the target population, who work daily with users at the Urgency de Adults (BUA) Of Baptist Hospital of Sousa (HBS). The data were processed through content analysis. One of the main conclusions drawn from the nurses' understanding is the fact that the BUA service presents some difficulties at material and human level considered indispensable in the prevention of possible complications, nursing care must be done in a holistic way, giving safety to the user, explaining the whole process of treatment, which ends up improving the humanization of care in day-to-day practice. Still nurses emphasize that nursing plays a crucial role in the care and treatment and recovery of patients who are victims of spinal cord trauma.

Keywords: Nursing Interventions, Spinal trauma, urgency.

LISTAS DE ABREVIATURAS

BUA - Banco de Urgência de Adulto

ECG - Eletrocardiograma

FC - Frequência Cardíaca

HBS - Hospital Dr. Batista de Sousa

NANDA - Norte American Nursing Diagnosis Association

TRM - Trauma Raquimedular

OMS - Organização Mundial de Saúde

STM - Sistema de Triagem de Manchester

PA - Pressão Arterial

S/D - Sem Data

Índice Geral

INTRODUÇÃO	14
Problemática e justificativa	16
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
1. Trauma	21
1.1. Classificação do Trauma	22
1.2. Estrutura e Função da Coluna Vertebral e da Medula Espinal (anatomia)	22
1.2.1. Coluna vertebral	23
1.2.2. Medula espinhal	23
1.3. Epidemiologia	24
1.4. Trauma Raquimedular.....	25
1.4.1. Etiologia	25
1.4.2. Mecanismos de lesão do trauma raquimedular.	26
1.5. Diagnóstico	26
1.6. Complicações do trauma raquimedular.....	27
1.7. Manejo dos utentes vítimas de TRM.....	27
1.7.1. Imobilização e transporte	28
1.8. Assistência de enfermagem prestada ao utente com TRM.....	29
1.8.1. Abordagem primária ao utente no serviço de urgência	29
1.8.2. Abordagem Secundária ao utente no serviço de urgência.....	32
1.9. Diagnósticos de enfermagem possíveis no TRM	33
1.9.3 Cuidar em enfermagem	35
1.9.4 Cuidados de enfermagem prestados a vítimas de TRM:	37
1.10.Humanização dos cuidados de enfermagem nos serviços de urgência e emergência	39
1.11. O Enfermeiro na unidade de urgência e emergência.....	41
1.11.1. Os serviços de urgência (SU)	41
1.11.2. O enfermeiro emergencialista	41
1.11.3. O enfermeiro e a triagem.....	42
CAPÍTULO II – FASE METODOLOGIA	45
2.1. Tipo de Estudo	46
2.2. Instrumentos de recolha de informações	47
2.3. Caracterização da população alvo	47
2.4. Princípios éticos e legais	49
CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA	50
3.1. Análise dos resultados e tratamento de dados	51

3.4. Discussão dos resultados 58

Considerações finais..... 61

SUGESTÕES DO ESTUDO..... 64

BIBLIOGRAFIA..... 65

ANEXOS..... 70

Índice de Figuras

Figura 1: Coluna vertebral- visão geral 23

Figura 2: Medula espinhal - visão geral..... 24

Índice de Tabelas

Tabela 1 :Categoria de prioridade 43

Tabela 2: Características da população alvo em estudo 48

Tabela 3: Conceito de TRM segundo cada participante..... 52

Tabela 4: Causas mais frequentes do TRM 52

Tabela 5: Estratégias e plano de cuidados no atendimento ao trauma raquimedular, bem como sobre a necessidade de formação específica sobre trauma. 53

Tabela 6: Dificuldades sentidas na assistência de enfermagem a um utente com TRM 54

Tabela 7: Ansiedade em situações de emergência e Importância de um *team leader* em situações de emergência 56

Tabela 8: Troca de ideias em equipa sobre procedimentos efetuados, segurança na realização dos procedimentos, suporte básico de vida avançado e curso de trauma e compressão cardíaca externa 57

Tabelas no anexo:

Distribuição do público-alvo segundo a idade 78

Distribuição do público-alvo segundo grau académico..... 78

Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional de enfermagem 78

Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional no BUA 78

INTRODUÇÃO

No âmbito do 4º ano do curso de Enfermagem da Universidade do Mindelo faz parte, como requisito final de avaliação, a elaboração e posterior dissertação de uma monografia para obtenção do título de licenciatura em enfermagem, objetivando o início da aprendizagem e domínio da investigação científica no campo da saúde tendo como fim, aprofundar conhecimentos relativamente ao tema escolhido.

O tema em estudo intitula-se, Trauma Raquimedular (TRM): Assistência de Enfermagem a Utentes no Serviço de Urgência, o problema que se deseja estudar encontra-se relacionada com a assistência de Enfermagem a pessoas vítimas de trauma, de modo a compreender e demonstrar a importância das intervenções de Enfermagem relacionadas ao tema em estudo.

No decorrer desta elaboração emergiram várias dúvidas em relação ao tema e também a amplitude do impacto que gera os cuidados e a cura. A pertinência que desencadearam a curiosidade e ambição desta investigação centraliza-se na incidência crescente do trauma tornou-o conhecido como sendo a “doença do século”: não só pelas estatísticas que apontam como a terceira causa de morte a nível mundial, mas também pelos danos causados pelo mesmo a nível físico, psíquico e social.

Fundamenta-se também no interesse particular em conhecer as intervenções de enfermagem prestada na unidade de urgência e emergência em situações de traumatismo raquimedular. O facto dos cuidados de Enfermagem pré e pós-hospitalares serem vitais para a evolução da situação clínica do doente, incluindo as suas componentes: física, psicológica, e espiritual que, por conseguinte, necessitam de um cuidado individualizado a par da lesão que afeta um órgão vital do corpo humano que é a medula. Cabe à enfermagem e aos demais membros da equipa multiprofissional uma assistência focalizada nas necessidades do utente, contribuindo para a qualidade e integralidade do atendimento, tratamento e recuperação.

Atendendo aos objetivos traçados e às características do presente estudo, considerou-se pertinente aplicar uma metodologia qualitativa, enquanto estudo do tipo exploratório descritivo de cariz fenomenológico. Para a recolha de informações que permitiu a realização desta investigação optou-se pela entrevista, dado que este é uma técnica com um custo razoável, as mesmas questões são apresentadas a todas as pessoas, garante o anonimato e pode conter questões com finalidades específicas de uma pesquisa.

Relativamente a estrutura, o trabalho monográfico dividiu-se em três capítulos bem definidos: no primeiro momento encontra-se a problemática e justificativa da escolha do tema e também aspetos importantes para a compreensão da problemática em estudo.

- Capítulo I: Encontra-se o enquadramento teórico que inclui breves conceitos tocantes ao trauma que, todavia faz um apanhado geral em relação ao tema em questão, como conceitos chave, etiologia, fatores de riscos, classificação, complicações etc.
- Capítulo II: Enquadramento metodológico define o método metodológico utilizado, a população, os métodos e instrumentos de colheita de dados, as considerações éticas para a sua elaboração.
- Capítulo III: Fase empírica do estudo, com a apresentação, análise e tratamento dos dados recolhidos. E para finalizar encontrar-se-á as considerações finais, sugestões, as referências bibliográficas utilizadas e os anexos.

É de referir ainda que, o trabalho foi redigido de acordo com as normas de formatação e redação dos trabalhos académicos da Universidade do Mindelo e está redigido de acordo com as normas do novo acordo ortográfico.

Problemática e justificativa

A eleição da temática deste trabalho monográfico vai de encontro ao interesse pessoal, as vivências académicas, da curiosidade despertada durante os ensinoss clínicos realizados no Banco de urgência de adultos (BUA) do Hospital Batista de Sousa (HBS), e também das experiências vivenciadas durante os mesmos. Mais um aspeto importante que veio reforçar esta escolha é a vontade de aumentar os conhecimentos sobre o tema, para que como profissional de saúde melhorar a assistência dos cuidados em enfermagem em situações de trauma raquimedular (TRM).

A maioria das pessoas internadas nas urgências são vítimas de causas externas (acidentes de trânsito, violência e outros) que têm como consequência os traumas, levando a uma superlotação das instituições. Esta superlotação favorece uma assistência às vezes desqualificada, desumanizada, trazendo às vítimas sofrimentos e traumas irrecuperáveis”.

As estatísticas mundiais indicam que de 30 a 40 pessoas a cada milhão de habitantes são acometidas pela lesão medular, por ano. De acordo com National Spinal Cord Injury Statistical Center, há aproximadamente 10.000 novos casos de lesão medular a cada ano nos Estados Unidos (Yasuda 2002, p.26).

Nos EUA a incidência é de aproximadamente 12.000 novos casos por ano, sendo que destes 4.000 vão a óbito antes de chegarem ao hospital e outros 1.000 irão falecer durante a hospitalização (Brasil, 2012, p.17).

Os dados na tabela abaixo indicadas mostram a incidência dos traumas da coluna vertebral, por ano, em alguns países no mundo, indicando desta forma, ser um problema à saúde pública:

Países	Dados
Estados Unidos	32 à 52 casos/ milhão de habitantes, perfazendo um total de 10.000 a 15.600 casos por ano.
Alemanha	17 Casos/ milhão de habitantes
Brasil	40 Casos/ milhão de habitantes, perfazendo um total de 21.600 casos por ano.

Fonte: Tuono (2008)

De acordo com o Ministério da Saúde de Cabo Verde (2010, p.121) “a incidência mundial anual de trauma raquimedular é da ordem de 15 a 40 casos por

milhão de habitante”. Ainda o Ministério da Saúde Cabo Verde (2010, p. 121) afirma que: “no nosso meio, o traumatismo é já um fator importante de mortalidade e de incapacidade. Os desastres de viação, as agressões, a queda de edifícios, de rochas, os esmagamentos (...). são os principais causadores do politraumatismo em Cabo Verde”.

Dada à existência de apenas dois Hospitais Centrais e sendo Cabo Verde um país insular, que em muito dificultou a apresentação de dados mensuráveis de casos de trauma que são atendidos no serviço de urgência visto que, o mesmo serviço não dispõe de um sistema que permite o lançamento de dados a cerca das doenças aí atendidas, principalmente do trauma. Assim tornou-se limitado a apresentação de dados concretos sobre o trauma raquimedular atendidos no BUA do HBS. Através da observação direta, sabe-se que no dia-a-dia são atendidos dezenas de casos de trauma.

Analisando os Relatórios Estatísticos de Saúde de Cabo Verde de 2010 a 2013 que tivemos acesso, baseou-se nos óbitos causados por traumatismo em Cabo Verde segundo o género, nos casos de óbitos em São Vicente e nos utentes internados no HBS vítimas de trauma, assim, houve a necessidade de representá-lo no quadro abaixo.

Ano	Óbitos por Traumatismo e Ferimentos em Cabo Verde			Óbitos em São Vicente	Utentes internados no HBS por Trauma		
	Masculino	Feminino	Total		Masculino	Feminino	Total
2010	92 (73.6%)	20 (69.0%)	112 (72.7%)	6	106	19	25
2011	95 (79.2%)	16 (64.0%)	111 (76.6%)	0	101	18	19
2012	74 (78.7%)	21 (77.8%)	95 (78.5%)	9	121	30	51
2013	80 (86.0%)	11 (64.7%)	91 (82.7%)	1	87	26	13

Fonte: Elaboração própria

Ponderando a cerca dos dados na tabela pode-se afirmar que o trauma predomina em utentes do sexo masculino e a redução dos casos de óbitos por trauma deve-se a prevenção por meio de campanhas de esclarecimento junto a população e adoção de medidas de segurança individuais e coletivas.

Afiança Sheehy (2001, p. 297) que “o predomínio do TRM no sexo masculino é consenso na literatura e pode ser explicada pelo tipo de atividade desempenhada pelos

homens, maior exposição durante o trabalho, no trânsito, em atividades físicas e maior envolvimento em brigas e agressões”.

Neste panorama, Dias (2009, p.10) aponta que é um “agravo de carácter emergente, pois sua incidência tem aumentado nas últimas décadas devido ao número crescente de acidentes industriais e automobilísticos, decorrentes do processo de urbanização, responsáveis por lesões complexas e graves da coluna vertebral”.

Os estudos mostram que no Brasil, assim como nos países desenvolvidos, os adultos jovens do sexo masculino são os mais acometidos pelo trauma raquimedular. Esses indivíduos, com maior frequência, são movidos pela negligência e colocam-se em situações de risco que culminam num acidente que pode lesar a coluna vertebral.

O traumatismo raquimedular é uma agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, tais como alteração das funções motora, sensitiva e autónoma. Portanto, há uma preocupação cada vez maior com possíveis problemas de desenvolvimento associados ao trauma.

Com os avanços da tecnologia e da ciência na área de saúde constataram-se várias transformações, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos utentes uma vez que a perspectiva de vida tem vindo a aumentar. Porém é certo que esse progresso tem procriado muitos desafios no sistema de saúde e que muitas vezes não conseguem dar uma resposta positiva gerando problemas, como dificuldade na assistência dos cuidados prestados aos utentes vítimas de trauma, bem como elevados custos no sistema de saúde.

Esta assistência deve basear-se num sistema que vá de encontro com os cuidados contínuos e de complexidade progressiva em relação proporcional ao nível de risco das complicações do trauma. A determinação do risco de cada, em cada momento do processo assistencial, permite alcançar recursos adequados às necessidades de uma forma eficiente.

Assim, para cada momento, desde momento em que ocorreu o trauma até a alta do utente, devem ser definidas e planeadas as actividades assistenciais, considerando: uma proximidade em relação aos cuidados ao utente na área assistencial, os recursos humanos necessários, as normas assistenciais e os procedimentos a serem utilizados.

O nível de cuidado que um utente requer está definido pelo risco de vida, favorecendo o bem-estar, melhorando a prestação dos cuidados de enfermagem, atendendo uma continuidade e intensidade nos cuidados.

Para além do elevado índice de mortalidade a que está associado o TRM, esta referenciada como um dos mais importantes redutores de capacidades no seio da população ativa. Um quadro que interpela os profissionais de saúde sobre as melhores condutas a serem adotadas no atendimento das vítimas, que nessas circunstâncias, apresentam lesões numa das partes vitais do corpo, pelo que é imprescindível um correto e atempado diagnóstico, bem como tratamentos condizentes para se evitar consequências gravosas para a saúde e vida do utente.

E porque a humanização do cuidado de enfermagem é atualmente tida como vertente fundamental e pressuposto básico de um competente serviço de assistência, assim tentaremos aperceber se existe ou não uma cultura coletiva do verdadeiro sentido do cuidar em enfermagem e as implicações daí decorrentes na qualidade do serviço prestado.

Face a problemática acima apresentada desenhou-se o presente estudo que tem como objetivo geral:

- Conhecer as intervenções de enfermagem direcionada aos utentes com Trauma raquimedular no serviço de urgência do HBS.

Os objetivos específicos neste estudo são os seguintes:

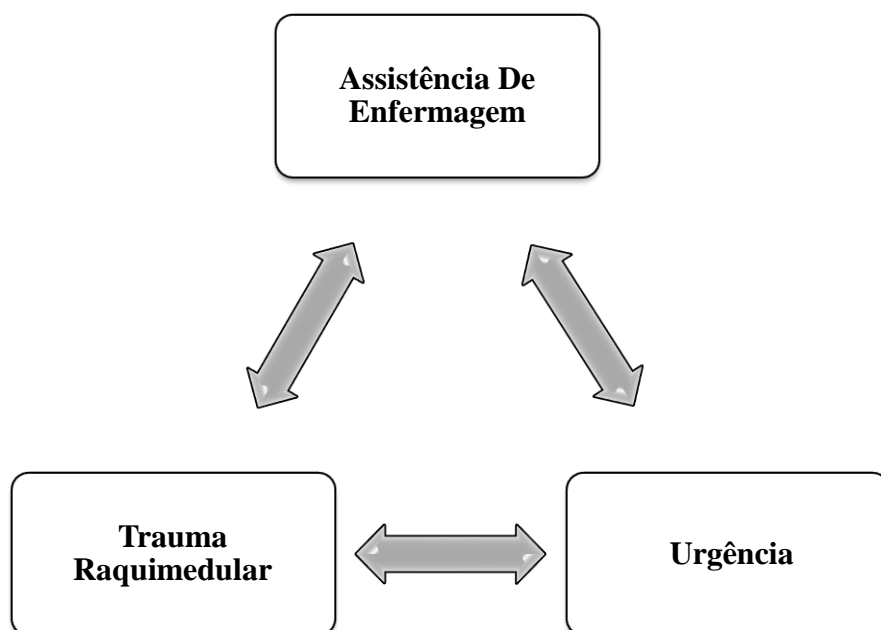
- Identificar as intervenções de enfermagem em utentes vítimas de trauma raquimedular no serviço de urgência do HBS.
- Descrever os cuidados que os enfermeiros utilizam para favorecer o bem-estar dos utentes vítimas de trauma raquimedular no serviço de urgência do HBS.
- Identificar as dificuldades na prestação da assistência de enfermagem aos utentes vítimas de trauma raquimedular no serviço de urgência do HBS.
- Conhecer as dificuldades do enfermeiro para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem no serviço de urgência do HBS.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Tendo em conta os objetivos gerais do trabalho, procura-se fazer um apanhado geral da bibliografia disponível, de modo a fundamentar os principais conceitos teóricos que amparam o trabalho, demonstrando a importância dos cuidados de enfermagem dirigida aos utentes com TRM.

Segundo Marion (2002, p.38), “o referencial teórico deve conter um apanhado do que existe de mais atual na abordagem do tema escolhido, mesmo que as teorias atuais, não façam parte de suas escolhas”.

De um modo geral, o trabalho se resume no seguinte esquema ilustrado. O conceito essencial é a assistência de enfermagem em torno da qual se falará do TRM e da pessoa com trauma no serviço de urgência.



Fonte: elaboração própria

1. Trauma

Os traumas envolvendo a coluna constituem uma entidade muito preocupante, podendo comprometer a função do paciente e qualidade de vida e em alguns casos pode até envolver o risco de morte.

Aos olhos de Vieira (2011, p.11) “o trauma consiste em lesão de extensão, intensidade e gravidade variáveis, que pode ser produzida por agentes diversos (físicos, químicos, elétricos), de forma acidental ou intencional, capaz de produzir perturbações locais ou sistêmicas”.

De acordo com o Prehospital Trauma Life Support- PHTLS (2004, p. 15) o, “trauma é definido como um evento nocivo que advém da libertação de formas específicas de energia ou de barreiras físicas ao fluxo normal de energia”.

Ainda de acordo com o Prehospital Trauma Life Support- PHTLS (2004, p.4) suplementa que o “trauma é a causa de morte mais comum entre as idades de 1 a 44 anos. Aproximadamente 80% das mortes em adolescentes e 60% na infância são decorrentes de trauma, sendo a sétima causa de óbito no idoso”.

Efetivamente Dias (2009, p.15) afirma que:

“o traumatismo é um conjunto de manifestações locais ou gerais provocadas por uma ação violenta de um agente traumático contra o organismo. O TRM ocorre quando forças energéticas externas atingem o corpo, de forma direta ou indireta, podendo causar alterações estruturais ou fisiológicas dos elementos componentes da coluna vertebral e ou medula espinhal. A lesão óssea e a lesão medular (LM) podem ocorrer por compressão, tração ou rutura de tecidos, sendo rara a secção física da medula”.

O trauma é inesperado e altera drasticamente a vida do indivíduo acometido, com consequente repercussão no contexto familiar, social e económico.

1.1.Classificação do Trauma

Após a realização do exame secundário, o paciente será classificado de acordo com a região anatómica acometida para que o tratamento se torne seguro. Assim, Vieira (2011, p.16) classifica o trauma em:

- Trauma Cranioencefálico (TCE)
- Trauma Maxiofacial (TMF)
- Trauma Oftalmológica
- Trauma Raquimedular (TRM)
- Trauma Abdominal
- Trauma Torácico
- Trauma de Pelve
- Trauma dos Membros

1.2.Estrutura e Função da Coluna Vertebral e da Medula Espinal (anatomia)

Tendo em conta que o trauma é classificado de acordo com a região anatómica, torna-se importante conhecer e descrever as estruturas e as funções e a anatomia das regiões relacionadas.

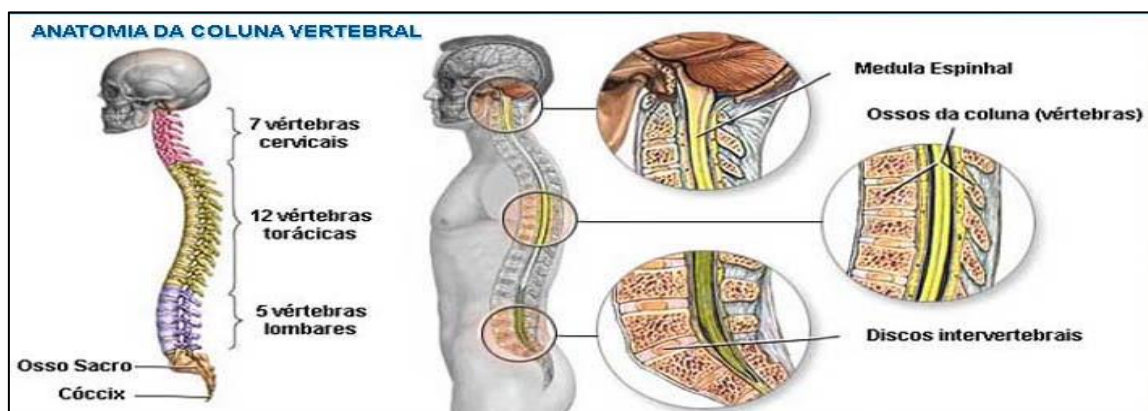
1.2.1. Coluna vertebral

A coluna vertebral é considerada o eixo do nosso esqueleto e de sustentação do corpo. Acrescenta Kwamoto (1988, p. 48) que também chamada de “espinha dorsal, estende-se do crânio até a pelve e esta é responsável por dois quintos do peso corporal total e é composta por tecido conjuntivo e por uma série de ossos, chamados vértebras, as quais estão sobrepostas em forma de uma coluna, daí o termo coluna vertebral”.

Segundo Defino, (1999,p.123) “é habitualmente constituída por 26 ossos, que podem dividir em: cervical (07 vértebras), torácica ou dorsal (12 vértebras), lombar (05 vértebras) e Sacrococcígea (05 sacrais e cerca de 04 coccígeas) ”. Ainda o autor acima referido afirma que, “entre as vértebras há discos que formam articulações, que propiciam a movimentação da coluna e a absorção de impacto”.

Na figura a seguir indicada pode-se observar e identificar a constituição da coluna vertebral.

Figura 1: Coluna vertebral- visão geral



Fonte: Netter, Frank H. (2000). Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed,.

Conforme Dias (2009, p.189) a coluna vertebral é constituída e desempenha como funções principais:

- Suportar o peso do corpo e do tronco;
- Proteger a medula espinhal;
- Permitir aos nervos raquidianos emergirem da medula espinhal;
- Proporcionar um local de inserção muscular; permitir o movimento da cabeça e do tronco.

1.2.2. Medula espinhal

Segundo Antunes *et al.* (1984, p.510), “a coluna vertebral tem essencialmente duas funções: uma de suporte e outra de proteção a um órgão extraordinariamente sensível que é a medula”.

Ainda afirma que “é com esta orientação que devemos olhar para um utente com traumatismo raquimedular pensando nas suas repercussões futuras”(ibid, p.511).

Figura 2: Medula espinhal - visão geral



Fonte: Netter, Frank H. (2000)Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed.

Importa salientar que Dias (2009, p. 197) ressalva-se a importância da medula tendo em conta as suas funções:

“A medula espinhal é a continuação do cérebro e começa na base do tronco cerebral, passando através do *forame magno* (o orifício na base do crânio) e através de cada vértebra até o nível da segunda vértebra lombar. (...) A medula espinal controla importantes funções do organismo; sendo assim, qualquer injúria medular leva a danos neurológicos. Após a fase de choque medular, as funções medulares perdidas são irrestauráveis”.

1.3.Epidemiologia

Segundo Defino, (1999,p.389) “o trauma raquimedular constitui assunto de relevada importância em decorrência do impacto que gera”.

O Ministério de Saúde de Cabo Verde: (2010, p.121) ainda afirma que:

“O traumatismo é, nos países industrializados, a principal causa de morte e de incapacidade nas crianças e adolescentes. No nosso meio, o traumatismo é já um factor importante de mortalidade e de incapacidade especialmente nas quatro primeiras décadas de vida. Os desastres de viação, as agressões, a queda de edifícios ou de rochas, os esmagamentos, etc. são os principais causadores do politraumatismo em Cabo Verde”.

De acordo com Sheehy (2001, p.297), “o predomínio do TRM no sexo masculino é consenso na literatura e pode ser explicada pelo tipo de actividade desempenhada pelos homens, maior exposição durante o trabalho, no trânsito, em actividades físicas e maior envolvimento em brigas e agressões”

Acrescenta Nunes et al. (2009: 85) que:

“Neste panorama, encontra-se o traumatismo raquimedular (TRM), que pode ser definido como uma agressão traumática à coluna vertebral e seus componentes. Traumatismos de coluna cervical, torácica e lombos-sacra estão entre as três principais causas de morte por trauma (3,3%), precedidos pelo traumatismo de crânio (10,2%) e lesão de órgãos internos (7,2%)”.

1.4.Trauma Raquimedular

O trauma é inesperado e altera drasticamente a vida do indivíduo acometido, com consequente repercussão no contexto familiar, social e económico. Por isso, Dias (2009, p. 16) afirma que “o trauma, nesse momento, significa uma rutura abrupta dos sonhos e projetos de vida das pessoas acometidas que, a partir daí, precisam aprender a conviver com a deficiência física, se adaptar a nova condição e buscar outras perspetivas”. Conforme Nunes *et al.* (2009, p. 84), o traumatismo raquimedular “é uma agressão à medula espinhal consequente à ação de agentes físicos sobre a coluna vertebral e os elementos do sistema nervoso neles contidos que pode ocasionar danos neurológicos, transitórias ou permanentes, tais como alteração das funções motora, sensitiva e autónoma”.

Defino, (1999, p.388) ainda complementa que: “é um agravo de carácter emergente, pois sua incidência tem aumentado nas últimas décadas devido ao número crescente de acidentes industriais e automobilísticos, decorrentes do processo de urbanização, responsáveis por lesões complexas e graves da coluna vertebral”.

O mesmo autor ainda acrescenta que o trauma “é a principal causa de lesão medular e ocorre em cerca de 20% dos casos de traumatismo raquimedular”.

1.4.1. Etiologia

O trauma raquimedular constitui um assunto de relevada importância em decorrência do impacto que gera. É necessário conhecer as causas pois, norteiam o desenvolvimento da conscientização e prevenção do trauma raquimedular, já que se evidenciou que grande parte dos traumas envolvendo a coluna vertebral é passível de ser evitado.

São vários os tipos de causas de lesões que nos remetem a fazer um diagnóstico inicialmente de suspeita de trauma raquimedular, Nunes (2009, p. 84) destaca os seguintes:

- Acidentes de viação (30%);
- Acidentes de mergulho;
- Queda de altura (20%);
- Traumatismos acima das clavículas;
- Lesões por soterramento;
- Choques elétricos;
- Traumas por armas de fogo (12%);
- Politraumatizados;
- Traumatismo direto de coluna.

1.4.2. Mecanismos de lesão do trauma raquimedular.

De acordo com Dias (2009, p. 211) o TRM está associado a diferentes mecanismos, que passamos a destacar:

- Hiperflexão- a coluna é exageradamente fletida (mergulho em águas rasas);
- Hiperextensão- o crânio tende a estender a coluna para trás (colisões entre face e para-brisas);
- Sobrecarga axial ou Compressão- sofrida pela coluna quando a força de impacto é exercida no ápice do crânio;
- Traumatismo penetrante- tecido nervoso é lesado diretamente (arma de fogo/arma branca ou qualquer outro objeto);
- Rotação- rotação exagerada do pescoço (acidentes do moto);
- Tração- ocorre quando forças envolvem o traumatismo em posições opostas, caudal e cranialmente (enforcamento em que o peso do corpo distende o pescoço);
- Carga lateral.

1.5.Diagnóstico

É importante que se faça um diagnóstico de forma atempada e correta de forma a prevenir as principais complicações associadas ao trauma. Em conformidade com Dias (2009, p. 219) o diagnóstico é feito essencialmente por meio de exames:

Clínico

- Choque medular: ausência total de reflexos, sensibilidade e motricidade, abaixo do nível da lesão. A ausência de tônus esfinteriano indica vigência de choque medular.

Radiológico

- Radiografia simples de coluna (ântero-posterior e perfil);
- Tomografia computadorizada de coluna;
- Ressonância nuclear magnética de coluna (melhor método para avaliar integridades de estruturas não ósseas).

1.6. Complicações do trauma raquimedular

Os Utentes com TRM têm uma infinidade de complicações associadas a lesão as quais poderiam ser tratadas em vários capítulos. É de referir que a maior parte das complicações associadas ao trauma são referentes a forma como são feitas o manejo e o transporte dos utentes vítimas de trauma, e Dias (2009, p.239/252) aponta as seguintes complicações do TRM:

“ (...) O quadro clínico varia de acordo com o nível e gravidade da lesão da medula espinhal, mas, de modo geral, caracteriza-se pelo comprometimento dos movimentos (tetraplegia ou quadriplegia, paraplegia e hemiplegia) e da sensibilidade. Além disso, é frequente a ocorrência de alterações vasculares, choque medular, alterações respiratórias (pneumonia), urinárias (bexiga neurogénica reflexa e autónoma), intestinais (neurogénico reflexo e autónomo), sexuais e complicações como úlceras por pressão (escaras) e infeções urinárias, ossificação heterotópica (quadril), Constipação, Câibras, dor e alterações psicológicas, que aumentam a taxa de mortalidade”.

1.7. Manejo dos utentes vítimas de TRM

Aos olhos de Dias (2009, p. 20) é importante que “toda vítima de trauma, a primeiro instante, deve ser considerada como portadora de lesão raquimedular, pois alguns utentes sofrem lesões imediatas; em outros a lesão surge em consequência ao movimento que se faz na coluna (lesão secundária) ”.

Como já foi anteriormente referido o TRM é considerado uma das principais causas de morte e/ou sequelas graves nas vítimas traumatizadas. Pacientes com lesão medular têm de 2 a 16 vezes maior probabilidade de morte do que aquelas vítimas de trauma sem esse tipo de lesão.

Além do autor citado anteriormente o PHTLS (2004, p. 86) considera que:

“ (...) a avaliação da pessoa vítima de TVM conhecido ou suspeito tem de incluir a estabilização obrigatória da coluna vertebral. Todas as vítimas devem ser protegidas de um agravamento da lesão primária até estar excluída a hipótese de TVM. Deve-se ter sempre presente que uma LM pode mascarar lesões de outros órgãos ou sistemas abaixo do nível da lesão”.

Dias (2009, p.20) afirma que é sugestivo suspeitar de TRM nos seguintes casos:

- Mecanismo de lesão sugestivo (causas de TRM), mesmo sem sintomas politraumatizado;
- Vítimas inconscientes que sofreram algum tipo de trauma.
- Dor ou deformidade em qualquer região da coluna vertebral.
- Traumatismo facial grave ou traumatismo de crânio fechado.
- "Formigamento" (anestesia) ou paralisia de qualquer parte do corpo abaixo do pescoço.

- Mergulho em água rasa.

1.7.1. Imobilização e transporte

Ao imobilizar o paciente, o socorrista sempre deve, de acordo com Dias (2009, p.24), ter em atenção as seguintes técnicas de imobilização:

- Alinhar a cabeça do paciente em posição neutra (a menos que haja contra indicação), manter o alinhamento com estabilização manual o tempo todo;
- Realizar as análises primárias e proceder às intervenções necessárias;
- Avaliar condições motoras, resposta sensitiva e o pulso nas 4 extremidades se as condições permitirem;
- Examinar o pescoço e aplicar o colar cervical ideal;
- Dependendo da situação, colocar em prancha curta, ou longa e colete de imobilização;
- Imobilizar o tronco de modo em que não mova para cima, para baixo, esquerda ou direita;
- Avaliar a necessidade de acolchoar a área que se encontra atrás da cabeça, em adultos, ou do tórax em crianças;
- Avaliar a necessidade de acolchoar a área que se encontra atrás da cabeça, em adultos, ou do tórax em crianças;
- Imobilizar a cabeça do paciente no dispositivo, mantendo posição alinhada neutra;
- Com o paciente em prancha longa, imobilizar as pernas para evitar movimentos anteriores ou laterais;
- Fixar os braços na prancha longa;
- Reavaliar a análise primária e as funções motora, sensitiva e a pulsação nas extremidades, se as condições do paciente permitir.

De acordo com Dias (2009, p. 25) o transporte da vítima de trauma faz-se:

“ (...) Uma vez estabilizada a vítima no local do acidente, procede-se a sua evacuação/ transporte por meio aéreo, terrestre ou marítimo. Efetuar o transporte das vítimas em estado crítico requer planeamento, organização, métodos, materiais adequados e recursos humanos suficientes e bem treinados. Independentemente do tipo de transporte ou do meio utilizado, o nível e a qualidade dos cuidados nunca pode ser inferior aos cuidados prestados no local do acidente”.

1.8. Assistência de enfermagem prestada ao utente com TRM

Nos últimos anos tem havido progressos significativos com lesões vértebro-medulares, e melhorias significativas tanto nos cuidados pré-hospitalares como nas unidades de saúde. De acordo com Dias (2009, p.19) estes avanços devem-se em parte “a evolução da profissão de enfermagem e aos conhecimentos específicos de Enfermagem de Reabilitação em três grandes áreas: fase pré- hospitalar, serviço de urgência/ unidades de internamento e fase das sequelas”.

Mas os utentes com TRM são tratados por uma equipa multidisciplinar, como consequência das sequelas que podem surgir, com afiança Dias (2009, p.16):

“a preocupação em relação aos utentes com TRM se faz em decorrência das sequelas que podem surgir mediante a natureza do trauma, o que pressupõe que se proceda a um diagnóstico correto das condições de saúde do paciente e se trace um quadro clínico preciso para que possam ser observados os procedimentos adequados e necessários com vista à recuperação do paciente. Utes com TRM são acompanhados por uma equipa multidisciplinar, incluindo médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, entre outros. A abordagem do tratamento deve ser global, tendo como objetivo alcançar o maior grau de funcionalidade, proporcionando a esses indivíduos maior nível de independência e qualidade de vida. O utente vítima de TRM muitas vezes apresenta alteração de consciência, e dependendo da extensão e gravidade da lesão, pode evoluir para o coma, podendo permanecer nesse estado por horas, dias ou semanas”.

Segundo Sadlak (2001, p. 81) a avaliação do doente urgente e emergente, assenta numa nomenclatura internacional, sistemática e sequencial composta pelo A B C D E:

“O ABCDE do Trauma é uma sistematização do atendimento ao paciente vítima de trauma (*Advanced Trauma Life Support - ATLS*) com o objetivo de uniformizar as condutas para este paciente, sendo dividida em duas etapas. A abordagem primária ou ABCDE primário, visando à estabilização dos sinais vitais e identificações de lesões que comprometem a vida do paciente. A abordagem secundária ou ABCDE secundário, mais completa, na qual se realiza um exame físico Céfalo-caudal, mantendo-se a monitorização dos sinais vitais”.

- A – Airway (permeabilização da via aérea e estabilização da coluna cervical)
- B – Breathing (ventilação e respiração)
- C – Circulation (circulação, hemorragias externas graves e choque)
- D – Disability (disfunção neurológica)
- E – Expose (exposição com controle de temperatura).

1.8.1. Abordagem primária ao utente no serviço de urgência

O enfermeiro, inicia a avaliação do doente processando a informação que lhe é transmitida pelos bombeiros e/ou pelos familiares. De acordo com Dias, (2009, p.18) é importante a realização de um exame primário rigoroso e completo, assim:

“O exame primário consiste na identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras de vida, seguindo um roteiro preconizado, num

tempo que ultrapasse 2 a 5 minutos. Enquanto, o exame secundário consiste na anamnese e exames físicos rápidos e objetivos, não ultrapassando 5 a 10 minutos. Etapa que só deve ser feita quando o exame primário tiver sido completado, a reanimação iniciada e, a resposta à terapia estimada”.

Procede-se a identificação e tratamento imediato das condições ameaçadoras da vida. Simultaneamente, realiza-se o exame primário e a reanimação, seguindo o roteiro ABCDE, (Roloff, 2007).

Para Wheechel-Revis e Newberry (2001, p. 250), esta nomenclatura é um método organizado que “compreende um exame inicial, rápido, que se concentra na detecção de lesões que constituem risco imediato para a vida do doente”.

Este protocolo, segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) (2000), visa apoiar o técnico de saúde na observação e na persecução de três grandes objetivos: preservar a vida, não agravar ou provocar lesões e entregar o doente nas melhores condições no local mais apropriado.

A- Permeabilização da via aérea e estabilização da coluna cervical

A respiração/ permeabilidade das vias aéreas devem ser devidamente avaliadas. Esta avaliação é essencial para garantir a oxigenação dos órgãos vitais, incluindo a medula espinal, que de acordo com Dias (2009, p. 20):

“Se a vítima se encontra em risco de vida eminente, iniciam-se manobras de “live saving”, assegurando a permeabilidade da via aérea, prevenindo a sua obstrução, com prévia proteção cervical: colocar colar cervical, aspirar secreções na orofaringe, retirar corpos estranhos e colocar tubo de Guedell. Ter especial atenção a uma pessoa vítima de acidente em ventilação espontânea e não intubada, pois existe o risco de aspiração de vômito”.

B- Ventilação e respiração

De acordo com Dias (2009, p.21) se houver incapacidade de manter permeável a via aérea e consequentemente oxigenação, a entubação traqueal está indicada em:

- “Vítimas inconscientes com escala de “Glasgow” inferior a 8
- Risco elevado de aspiração de conteúdo gástrico e previsível obstrução das vias aéreas;
- Compromisso das vias aéreas (obstrução anatómico mecânica);
- Dispneia/ apneia”

Ainda de acordo com o mesmo autor afiança que:

“Este suporte ventilatório poderá ser realizado através da administração de oxigénio por máscara simples ou por óculos nasais, nos doentes com frequência respiratória normal ou rápida. (...) Se o doente estiver em apneia ou com frequência respiratória lenta, a ventilação será iniciada com o insuflador manual conectado a uma fonte de oxigénio e (...) posteriormente será colocado um tubo orotraqueal”.

C- Circulação, hemorragias externa graves e choque

Nesta etapa o enfermeiro vai fazer avaliação do compromisso ou da falência do sistema circulatório que de acordo com Pereira e Melo (2006, p. p.213), visa um “controle e restabelecimento dos parâmetros normais da circulação”. Para os mesmos autores, este objetivo é alcançado com o controle da hemorragia e reposição da volêmia.

É essencial a monitorização da pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC), a hipotensão pode surgir devido ao bloqueio simpático ou hemorragias associadas, afirma Dias (2009, p.22) que o enfermeiro deverá controlar a hemorragia da seguinte forma:

“Pressão direta, em que é aplicada pressão no local de sangramento, elevação do membro que origina uma diminuição do débito sanguíneo ao de local de hemorragia, devido á ação da gravidade, aplicação de pontos de pressão, ou seja aplicar pressão profunda sobre uma artéria proximal á lesão, e aplicação de garrote, que só deve ser usada quando nenhuma outra alternativa está disponível e não consegue parar a hemorragia usando outros métodos.”

Para além de controlar a hemorragia, Pereira e Melo (2006, p. 214), referem que o enfermeiro terá de permeabilizar acessos venosos periféricos que permitam uma infusão rápida de fluidos.

D- Disfunção Neurológica

Nesta fase, o enfermeiro realiza um exame neurológico sumário que defina o estado de alerta da vítima, as respostas a estímulos verbais, as respostas a estímulos dolorosos e o estado de consciência.

De acordo com Dias (2009, p.23), durante o exame neurológico, e tendo por base o histórico do doente, “o enfermeiro deve determinar se houve perda de consciência, se existe envolvimento de substâncias tóxicas ou se o doente tem antecedentes que leve a uma diminuição do estado de consciência”.

E- Exposição com controlo de temperatura

Esta etapa da avaliação embora simples é de extrema importância, pois Dias (2009, p.24) alerta-nos que o doente poderá ter vários mecanismos de lesão, e se este não for bem examinado, lesões potencialmente letais poderão passar despercebidas:

“A exposição permite observar em pormenor quaisquer lesões que possam ter passado despercebidos ou ocultas pelas roupas (lesões neurovasculares, feridas, crepitações, instabilidade pélvica, deformidades). Deve-se manter a vítima a aquecida utilizando mantas isotérmicas. É importante obter dados relativas as circunstâncias em que ocorreu o acidente: tipo, direção, intensidade das forças envolvidas na “agressão”, mecânica dos traumatismos, estado da vítima, assim bem como a existência de doenças prévias, se possível”.

1.8.2. Abordagem Secundária ao utente no serviço de urgência

Após o enfermeiro realizar o exame primário, identificar e tratar todas as lesões que comprometam a vida do doente, deverá iniciar o exame secundário, cujo objetivo segundo Philipak, (2004, p.81) é “ identificar lesões ou problemas que não foram identificados durante o exame primário.” Deve-se obter informações sobre o doente, tendo em conta anemónico AMPLA, que é descrito pelo autor anteriormente referenciado como:

- “Alergias, principalmente a medicação
- Medicação feita regularmente pelo doente
- Passado medico
- Líquidos e alimentos ingeridos, de forma a evitar vômito e aspiração durante a indução da anestesia (caso o doente necessite de cirurgia)
- Ambiente e eventos que levaram ao trauma”.

Durante a realização deste exame são utilizadas técnicas específicas, como a inspeção, a palpação, a percussão e a auscultação.

A inspeção é feita no primeiro contacto com o doente, e está relacionada com o poder de observação do enfermeiro, como refere Smeltzer e Bare (1992, p.33), ou seja ao doente será realizado um exame visual.

Assim, a descrição do exame secundário de todo o corpo do doente de acordo com Philipak (2004, p.84/85), torna-se importante uma vez que permite reconhecer e identificar possíveis problemas que não foram identificados inicialmente.

- **Cabeça:** por meio da inspeção e palpação, o enfermeiro deve procurar lesões lacerantes, contusas, hematomas, assimetria óssea, hemorragia, defeitos ósseos da face e caixa craniana e/ ou anormalidades do olho (simetria, reatividade á luz, tamanho), pálpebras, ouvido externo, boca e mandíbula.
- **Pescoço:** exame visual do pescoço para identificar contusões, abrasões, lacerações e deformidades. Palpação que pode indicar enfisema subcutâneo de origem traqueal, pulmonar ou laríngea, crepitação óssea, referencia a dor que pode identificar fratura, luxação ou lesão de ligamentos.
- **Tórax:** o exame visual permitirá identificar deformidades, pequenas áreas de movimento paradoxal, contusões e abrasões. Deve-se ter em conta a posição de

defesa contra a dor, excursão torácica bilateral desigual e saliência ou retração intercostal, supra esternal ou supraclavicular. A auscultação pulmonar permite verificar a ausência ou diminuição dos murmúrios vesiculares, que é indicativo de pneumotórax simples ou hipertensivo ou hemotórax. O tórax deverá ser palpado para despiste de enfisema subcutâneo, fratura de costelas e dor. A precussão permite pesquisar a presença de hipertimpanismo ou macicez torácica.

- **Abdómen:** inspeção para verificar presença de escoriações, hematomas, lesões penetrantes, distensão, hemorragia externa e evisceração. Palpação deve ser realizada em todos os quadrantes do abdómen para verificar a existência de dor e tensão abdominal.
- **Bacia:** inspecionar quanto á existência de escoriações, contusões, lacerações, fraturas expostas e sinais de distinção. Pelo facto das fraturas pélvicas provocarem hemorragia interna maciça, a palpação deve ser realizada uma única vez de modo a identificar instabilidade.
- **Dorso:** o exame do dorso deve ser realizado quando o doente é lateralizado. Inspecionar quanto à presença de escoriações e hematomas, auscultar o murmúrio vesicular na face posterior do tórax e palpar a coluna para identificar deformidade e sensibilidade.
- **Extremidades:** o exame deve-se iniciar na extremidade superior da clavícula e na extremidade inferior da bacia e prosseguir em direção á porção mais distal de cada membro. Cada osso e articulação devem ser inspecionados quanto à presença de hematomas ou equimoses, e palpados para despiste de crepitação, dor, sensibilidade ou movimento anormal. Qualquer fratura ou suspeita deve ser imobilizada. Na parte distal dos membros deve-se verificar a circulação, função dos nervos motores e sensitivos.
- **Exame neurológico:** este exame deve ser mais detalhado do que no exame primário. Deve ser avaliada a escala de coma de Glasgow, a função motora e sensitiva e a observação da resposta pupilar.

1.9. Diagnósticos de enfermagem possíveis no TRM

Alfaro- Lefevre (2005, p.81) conceitua o diagnóstico de enfermagem como um “ julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo (utente), família ou uma comunidade a problemas reais de saúde reais ou potenciais e a processos de vida”.

No caso do TRM, esses diagnósticos são essenciais para uma seleção de intervenções de enfermagem precoce a fim de alcançar resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, os cuidados (NANDA, 2004).

Com base nos dados coletados na anamnese e no exame físico, Smeltzer e Bare (2000, p.43) interferem que os principais diagnósticos de enfermagem para o utente com disfunção do sistema músculo-esquelético podem incluir:

- Ansiedade relacionada com as alterações da imagem corporal, déficit de conhecimento sobre o esquema do tratamento;
- Dor relacionada com distúrbio músculo- esquelético;
- Perfusão periférica alterada relacionada com as respostas fisiológicas ao trauma, edema ou pressão aumentada no espaço fechado;
- Mobilidade física comprometida relacionada com comprometimento músculo-esquelético;
- Potencial para alterações da perfusão tecidual periférica relacionada com respostas fisiológicas ao trauma

Analisando a publicação de NANDA (2004), outros diagnósticos podem estar relacionados, dentre eles:

- Risco de baixa autoestima corporal relacionado à distúrbios, sua imagem corporal e prejuízo funcional músculo- esquelético;
- Capacidade de transferência prejudicada caracterizado por capacidade prejudicada de transferir-se de uma superfície para outra relacionada a distúrbios músculo- esqueléticos;
- Risco de síndrome de desuso relacionado com a dor interna, imobilização mecânica e prescrita;
- Risco para disfunção neuro vascular periférica relacionada a trauma, fraturas, compressão mecânica e imobilização;
- Distúrbio na imagem corporal caracterizado por mudança real na estrutura ou função corporal;
- Risco de sentimento de impotência relacionado a lesão aguda;
- Risco de infecção relacionado a trauma, exposição ambiental a patógenos aumentada e defesas primárias inadequadas (pele rompida e tecido traumatizado);
- Integridade da pele prejudicada caracterizada por invasão de estruturas do corpo, destruição de camadas da pele, relacionada a imobilização física;

- Risco de lesão relacionada ao modo de transporte, pele lesada e mobilidade alterada;
- Mobilidade física prejudicada caracterizada por capacidade limitada para desempenhar funções, atividades motoras, amplitude limitada de movimentos, lentidão dos movimentos, relacionada a restrições dos movimentos prescritos, desconforto, dor, prejuízos músculo esqueléticos e perda da integridade das estruturas ósseas;
- Síndrome pós- trauma caracterizada por evitação, repressão, tristeza, medo, lembrança repetida dos factos, relacionada a eventos fora do alcance da experiencia humana;
- Termorregulações ineficazes caracterizadas por pele fria e tremor, relacionada ao trauma.

Com base nesses diagnósticos, o enfermeiro direcionará o seu atendimento, planeamento e a implementação da assistência e dos cuidados de enfermagem.

1.9.3 Cuidar em enfermagem

Antes de falar dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes no BUA pressupõe que previamente se faça uma breve revisão do conceito e história do cuidar para melhor entendimento dos aspetos abordados.

Hoje, os conhecimentos e a postura filosófica do enfermeiro profissional são amplamente tributários de trabalho árduo e, na decorrência disto, do legado que é para esses profissionais, de estudiosos comprometidos como Virgínia Henderson, Jean Wattson, Hesbeen, Collière, entre outros.

Na perspetiva de Hesbeen (1997, p.37), “cuidar é uma arte, é a arte do terapeuta, aquele que consegue combinar elementos de conhecimento, de destreza, de saber, de ser, de intuição, que lhe vão permitir ajudar alguém, na sua situação singular”.

Assim remete-nos a um cuidado que deve ser de uma forma individualizada, isto é, centrada no utente, pois a enfermagem não é só uma arte, mas também é uma ciência.

Em concordância com Silva (1995, p.41):

“A enfermagem consiste no cuidar de seres humanos sadios e doentes por meio de ações que têm como base os princípios administrativos. Como ciência, a enfermagem fundamenta-se no estudo e na compreensão das leis da vida. Assim, da arte e da ciência da enfermagem, emergem suas ações que são entendidas como cuidar, educar, pesquisar, as quais estão interligadas e compõem as dimensões de atuação dos enfermeiros”.

Na ideia de Silva vê-se que, os enfermeiros não prestam cuidados apenas às pessoas doentes, mas sim a todos que dele necessitam.

Acrescenta Briga (2010, p.18) que:

“A enfermagem, como profissão e em evolução desenvolveu um conjunto de conhecimentos em termos de conceitos e teorias que dão apoio à sua prática. Os conceitos mais significativos que influenciam e determinam sua prática são: homem ou indivíduo, a sociedade/o ambiente, a saúde e a enfermagem. O centro da prática da enfermagem é o indivíduo”.

A enfermagem cuida das pessoas, a sua atenção incide sobre o indivíduo e não sobre a doença. Ainda *ibid* (, p.19) salienta que:

“O emergir da enfermagem como profissão autónoma, com elevado contributo na área da saúde, conduziu a que, ao longo dos tempos e na tentativa de melhorar as condições de vida das populações se investisse não só no aperfeiçoamento das técnicas, mas igualmente na relação de proximidade entre o cuidador formal e o sujeito doente. Inicialmente, esta ciência baseava-se num conhecimento essencialmente prático, desvalorizando contextos socioculturais, fatores internos e externos capazes de influenciar o estado de saúde e doença da pessoa. Contudo, o contributo de inúmeras personalidades associado à observação e experiência adquirida desde o aparecimento da enfermagem detentora de estatuto profissional permitiu englobar na mesma, um carácter mais humanista e uma visão global do ser humano e do ambiente que o rodeia”.

O enfermeiro deve ter uma visão humanizada dos cuidados para com as pessoas que sofrem de uma determinada incapacidade. Tratar bem uma pessoa, com respeito e levando em conta que, essa pessoa podia ser um familiar, ou mesmo podia ser “eu” no lugar dele, que conforme Briga (2010, p.21): “o cuidar pressupõe uma visão humanística com base no conhecimento científico. É um processo intersubjectivo, assente em relações interpessoais, com grande reciprocidade entre os enfermeiros e as pessoas e em que o enfermeiro participa com a pessoa nos seus cuidados.”

Entre os enfermeiros que se destacaram na evolução da enfermagem temos a Florence Nightingale e se não fosse ela a defendê-la certamente não era reconhecida como é hoje. Aos olhos de Santo e Porto (2006, p.540-541):

“Pensar em enfermagem nos dias de hoje, implica em uma releitura das ideias de Florence Nightingale, precursora da Enfermagem Moderna, as quais vêm sendo cada vez mais exploradas e criticadas por diversos autores de enfermagem, que procuram entender e explicar os fundamentos de algumas questões que vivenciamos atualmente em nossa prática, principalmente no cenário hospitalar que permanece com um maior quantitativo de profissionais de enfermagem. As ideias de Florence Nightingale configuram, até os dias atuais, as bases do cuidado de enfermagem, reinterpretadas nos conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem/enfermeira e saúde/doença (...) a enfermagem, sendo simultaneamente uma ciência e uma arte, enquanto ciência baseia-se num amplo quadro teórico que constitui seu corpo de conhecimentos e, enquanto arte depende das capacidades e perícia de cada enfermeiro”.

A enfermagem entendendo a ideia do autor como profissão é ciência e arte do cuidar do próximo. É um cuidado que baseia numa interdisciplinaridade que o torna complexa e adaptada para satisfação das necessidades do doente. Na prática de cuidados de enfermagem a enfermeira deve avaliar as necessidades e as condições patológicas que as alteram, aplicando seguidamente o processo de enfermagem.

Em síntese, satisfazer todas as necessidades humanas básicas a um doente e torna-lo independente, tem-se uma maior qualidade da vida do doente e uma melhor prestação e qualidade dos cuidados de enfermagem. O cuidado não é exactamente a técnica que se faz, o procedimento, por exemplo, um curativo, uma troca de decúbito. O que diferencia o cuidar de um procedimento é a preocupação, o interesse, a motivação, expressos em um movimento, como já mencionado. Consiste em um impulso que nos dirige no sentido de fazer algo para ajudar.

1.9.4 Cuidados de enfermagem prestados a vítimas de TRM:

Os cuidados de enfermagem prestados a qualquer utente com TRM são vastos e requerem tempo, disponibilidade, entrega e grande perícia que em conformidade com Dias (2009, p.230-234), torna-se essencial por em prática de forma rigorosa os seguintes cuidados:

Os cuidados de enfermagem prestados a qualquer utente com TRM são vastos e requerem tempo, disponibilidade, entrega e grande perícia que em conformidade com Dias (2009, p.230-234), torna-se essencial por em prática de forma rigorosa os seguintes cuidados:

- 1.Imobilização da coluna: uso do colar cervical e prancha rígida
2. Mobilização em bloco.
3. Manter o alinhamento rigoroso no eixo da cabeça-quadril, permanentemente e/ ou durante qualquer procedimento com o paciente.
4. Observar alinhamento da coluna cervical, mantendo coxins sob as regiões escapulares e região occipital, permanentemente.
5. Fazer o reposicionamento do paciente em bloco, quando escorregar em direção aos pés da cama através da ajuda de quatro funcionários.
6. Orientar o paciente e/ ou família quanto à necessidade de alinhamento da coluna cervical.
7. Observar sinais de perda da força e sensibilidade dos membros inferiores, caso presente comunicar imediatamente ao médico.
8. Minimizar a possibilidade de ocorrência de aspiração traqueobrônquicos por alimentos ou líquidos enquanto imobilizados.
9. Manter o sistema de aspiração ao lado da cabeceira do paciente para uso imediato por 24 horas.
10. Oferecer líquidos nos intervalos das refeições ao paciente, através de canudinho,

orientando-o para sugar pequenas quantidades e deglutir lentamente.

11. Oferecer alimentos de fácil mastigação e deglutição durante as refeições.

12. Observar presença de sinais e sintomas de náuseas, caso presentes, comunicar o médico.

13. Manter vias aéreas pervias, se necessário: aspiração para manter boa oxigenação. Se o paciente apresentar lesões faciais ou sangramento nasal, não aspirar as narinas.

14. Orientar o paciente e/ou acompanhante sobre:

a) a necessidade de o paciente ingerir líquidos pausadamente e alimentos de fácil mastigação.

b) a necessidade de aspiração em caso de vômitos inesperados.

c) a importância de comunicar à enfermagem os sinais e sintomas de náuseas e vômitos.

15. Higiene corporal, relacionado à imobilização:

a) Proporcionar auxílio durante os procedimentos de higiene corporal enquanto imobilizado.

b) Auxiliar no bochecho com solução padronizada para higiene oral, orientando para desprezar pela comissura labial na cuba rim, sempre após as refeições.

c) Realizar banho no leito, utilizando a mudança de decúbito em bloco, somente em caso de extrema necessidade.

d) Fazer a troca de lençol da cama todas as vezes que estiver húmido ou sujo, através do deslizamento do lençol no sentido dos pés para a cabeceira da cama, mantendo o paciente alinhado em decúbito dorsal.

e) Manter o paciente em cama desprovida de farelos alimentares e dobras de lençol.

f) Fazer massagens de conforto, intensificando-a nas proeminências ósseas após o banho.

g) Observar presença de áreas hiperemiadas pela extensão corporal durante o banho.

h) Manter calcâneos em salva-pés.

i) Preservar a tonicidade muscular e activar a circulação dos membros superiores e inferiores, enquanto imobilizado.

16. Prevenir atelectasia pulmonar, enquanto acamado.

17. Evitar obstipação intestinal por imobilização na cama.

18. Auxiliar nos exercícios passivos e activos na cama de membros inferiores e superiores 3x/dia.

19. Retirar o colar cervical de 8 em 8 horas e se necessário, em decúbito dorsal, para avaliar a integridade cutânea e realizar higiene.

20. Colocar protectores (compressas) nos pontos de apoio do colar – mandíbula, esterno

e região occipital.

21. Manutenção da pressão arterial média em torno de 85 - 90mmHg.
22. Sonda nasogástrica. Em caso de lesão facial ou trauma de base de crânio (confirmado ou suspeita), é contra-indicado a passagem por via nasogástrica, devendo a sonda ser introduzida por via orogástrica.
23. Avaliar distensão, hematomas e dor em região abdominal.
24. Avaliar eliminações fecais (pesquisa melena/enterorragia)
25. Sonda vesical de demora – manter por 24 horas ou até estabilidade clínica. Após este período, se necessário, cateterismo intermitente (sonda de alívio).
26. Regulação térmica – manter normotérmico, utilizar colchão térmico se necessário.
27. Cuidados com a pele:
 - a) Mobilização de decúbito em bloco 2/2h, após liberação da equipe da neurologia.
 - b) Colchão caixa de ovo
 - c) protectores de calcâneos
 - d) protetor de cabeça
 - e) proteger proeminências ósseas com bóia-gel ou travesseiros
 - f) manter hidratação com hidratante.

1.10. Humanização dos cuidados de enfermagem nos serviços de urgência e emergência

Cuidar é “ uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo” – Hesbeen, p. 86

A maioria das pessoas internadas nas urgências são vítimas de causas externas (acidentes de trânsito, violência e outros) que têm como consequência os traumas, levando a uma superlotação das instituições. “Esta superlotação favorece uma assistência às vezes desqualificada, desumanizada, trazendo às vítimas sofrimentos e traumas irreversíveis”, afirmou Pessini (2004, p.09)

Segundo *ibid* (p.13) “atuar de forma humanizada em serviços de urgência e emergência nos hospitais é um desafio ao enfermeiro e sua equipa, (...) reconhecer e promover a humanização demanda esforço para rever certas atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta e indiretamente com o cuidado ao utente”.

Nesta ótica a humanização dos cuidados em saúde, segundo Pessini (2004, p.12), “deve-se considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da

construção de um espaço concreto nas instituições que legitime o humano das pessoas envolvidas”.

Adianta Ramos (2003, p. 19) que:

“O pressuposto de todo processo de atendimento humanizado é facilitar que as pessoas vulnerabilizadas enfrentem positivamente os seus desafios. O relacionamento acompanhante, paciente e enfermagem é um elo que deve ser valorizado, pois permite o acolhimento das angústias do paciente e do respectivo acompanhante diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Nessa perspectiva, a humanização da assistência é um dos aspectos bastante enfatizados no cuidado ao paciente com traumatismo, seja pela enfermagem, como por toda a equipe de saúde, de uma forma global. O acesso e acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa intervir positivamente no estado de saúde do indivíduo e da coletividade”.

A rotina e a sobrecarga de trabalho pode levar os enfermeiros de urgência a uma assistência a nível técnica e mecânica e não um cuidado refletido que deveria ser humanizada, e Bermejo (2008, p.49) explica que “humanizar significa fazer referência ao homem em tudo que se realiza para promover e proteger a saúde, curar doenças garantir um ambiente que favoreça uma vida sã e harmoniosa em nível físico, emocional, social e espiritual”.

Ainda (*ibid.*: 51) salienta que, “se o aspecto da desumanização era precisamente a despersonalização, humanizar significa justamente personalizar a assistência (...) é uma questão emotiva, que tem a ver com o manejo das próprias emoções na interação e prestação dos cuidados”.

A assistência de enfermagem prestada a esses pacientes é por vezes, prejudicada pela dificuldade do profissional de enfermagem em lidar com suas limitações que segundo Cordeiro (2011: 16):

“Humanizar implica dar lugar tanto a palavra do usuário quanto a palavra dos profissionais, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pensa e promova as ações e políticas assistências. Assim, a deficiência do diálogo e a debilidade do processo de comunicação entre profissionais e usuários, repercutem de forma negativa no cuidado prestado”.

O processo do cuidar precisa acontecer numa troca de informações. A humanização, então depende da capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nosso semelhante em situação prejudicada. Mas ainda Cordeiro (2011, p.13) relembra que:

“Enfermeiro é um ser humano, com todas as suas dimensões, potencialidades e restrições, alegrias e frustrações: é aberto para o futuro, para a vida, e nela se engaja pelo compromisso assumido com a enfermagem. Este compromisso levou-o a receber conhecimentos, habilidades e formação de enfermeiro, sancionados pela sociedade que lhe outorgou o direito de cuidar de gente, de outros seres humanos. Em outras palavras: o Ser-Enfermeiro é gente que cuida de gente”.

A humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. Como afiança Villa (2002, p.137):

“O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam”.

1.11. O Enfermeiro na unidade de urgência e emergência

Nos hospitais, o serviço de urgência e emergência é uma das unidades mais importantes e que exigem um atendimento de alta complexidade devido às situações críticas que aí ocorrem frequentemente.

1.11.1. Os serviços de urgência (SU)

De acordo com Figueiredo (2005, p.13), a OMS tem a definição de que o hospital “é a representação do direito inalienável que o homem tem de ter saúde e é o reconhecimento formal por parte da comunidade e da sua responsabilidade fornecer meios que o conservem sadio ou que restaurem a saúde perdida”.

O SU é uma instituição que visa principalmente o atendimento de casos de urgência e emergência durante 24 horas. Os SU são serviços multidisciplinares que prestam cuidados de saúde em todas as situações consideradas urgentes e emergentes.

No entanto, e indo de encontro com o autor anteriormente citado, torna-se pertinente para compreender a orgânica da urgência, definir os conceitos de:

- Urgências – “são todas as situações clínicas de instalação súbita, desde as não graves até às graves, com risco de estabelecimento de falência de funções vitais”.
- Emergências – “são todas as situações clínicas de estabelecimento súbito ou eminente, ou compromisso de uma ou mais funções vitais,”

De acordo com Macphail (2001, p.6), a enfermagem de urgência evoluiu, como prática especializada, ao longo dos últimos 25 anos.

Este autor define enfermagem de urgência como sendo:

“A prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções. Os cuidados de enfermagem são episódicos, primários e, normalmente agudos”.

1.11.2.O enfermeiro emergencialista

Há mais de 145 anos, Florence Nightingale contrariou as regras tradicionais de sua família manifestando interesse de frequentar hospitais e exercer, atividade que, naquela época, não fosse “moça direita”, pois nessa altura estava nascendo a

enfermagem e com Nightingale a enfermagem de urgência iniciou-se, posteriormente evoluiu como prática especializada, sobretudo nos últimos anos afirma Figueiredo (2005, p.5).

De acordo com Sheehy (2001, p.23) a enfermagem é “a prestação de cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentam alterações da saúde física ou psíquica, percebidas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitem de outras intervenções”.

Deixou de existir aquela imagem tradicional de que o enfermeiro era visto como o auxiliar dos médicos, sem nenhuma autonomia. Atualmente a enfermagem é vista como uma profissão dotada de autonomia na tomada de decisões respeitantes ao cuidado do utente, proporciona: a capacidade de criar, de assumir novos papéis no seio da equipa aos enfermeiros, e de ir ao encontro a novos conhecimentos.

Os enfermeiros da urgência, ao contrário de outros “ (...) grupos de especialidade de enfermagem, afirmam-se pela diversidade de conhecimentos: de doentes e de processos fisiopatológicos de doença, de inovações tecnológicas mais recentes de equipamento de monitorização e de tratamento”, salienta Macphail (2001, p.67).

De acordo com Vaz e Catita (2000, p.14), o enfermeiro prestador de cuidados de urgência necessita de determinadas características, que não têm exclusivamente a ver com o grau de conhecimentos adquiridos, mas também com “ (...) a rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou de morte para o doente”.

O enfermeiro do serviço de urgência é um enfermeiro com habilitação profissional e formação superior em prestação de cuidados primários e diferenciados a doentes adultos e pediátricos, isto na perspetiva de Macphail (2001, p.61).

Oliveira (1999, p.14), considera que a permanência dos enfermeiros no serviço de urgência, exige por parte dos mesmos algumas particularidades como sejam:

(...) Domínio alargado e aprofundado dos saberes de enfermagem, (...); grande capacidade para lidar com o imprevisto; capacidade de observação e análise de situações, com vista a estabelecer prioridades assistenciais rapidamente; destreza manual e rapidez na ação; autocontrolo emocional para fazer face a situações de grande tensão; grande facilidade de comunicação tendo em vista o trabalho em equipa e a articulação com os restantes sectores do hospital.

1.11.3.O enfermeiro e a triagem

De acordo com Sheehy (2001, p.12) o “termo triagem deriva do francês, *trier*, que significa escolher ou seleccionar. É um processo utilizado para estabelecer a gravidade da situação de todos os utentes que dão entrada na Urgência”.

Para Pires (2003, p.33) a “ (...) identificação precoce e correta, é de extrema importância, pois através dela que se desencadeia o processo de atendimento. Daí a importância dos serviços de triagem, que são uma parte integrante da assistência em emergência”.

Em favor de Sheehy, (2001, p.26), um sistema de triagem eficaz tem como objetivo principal “o reconhecimento rápido de utentes em situação de urgência e em risco de vida. E tem ainda, objetivos complementares, como estabelecer prioridades, regular a quantidade de utente na Urgência, bem como decidir qual a área mais adequada para o tratamento”.

O Sistema de Triagem de Prioridade de Manchester de acordo com Bento (2013, p.04):

“Consiste na identificação de critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o utente deve ser atendido, e o tempo recomendado até a observação médica, através da classificação do utente em categorias identificadas por um número, nome, cor e tempo de espera, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento”.

Segundo o Sistema de Triagem de Prioridade de Manchester as cores e as situações estabelecidas seriam as seguintes:

Tabela 1 :Categoria de prioridade

Número	Situação	Cor	Tempo de Espera
1	Emergente	Vermelho	0 Minuto
2	Muito Urgente	Laranja	10 Minutos
3	Urgente	Amarelo	60 Minutos
4	Pouco Urgente	Verde	120 Minutos
5	Não Urgente	Azul	240 Minutos

Fonte: elaboração própria

CAPÍTULO II – FASE METODOLOGIA

Neste capítulo está referido o desenho que conduz a investigação utilizada neste trabalho monográfico, que contém a descrição da população, os métodos e instrumentos de recolha de dados e as considerações éticas levadas a cabo durante o processo de colheita de dados. Inicialmente foi elaborado um projeto sobre o tema que foi aprovado e apresentado para que possamos desenvolver o estudo.

De acordo com Rodrigues (2007, p.3) “a metodologia é um conjunto de abordagens, técnicas e processos utilizados pela ciência para formular e resolver problemas de aquisição objetiva do conhecimento, de uma maneira sistemática”.

O enquadramento teórico foi desenvolvido com base na revisão de literatura já existente, através de livros, *sites* académicos de carácter científico e monografias anteriores feitos sobre o respetivo tema sendo que foi desenvolvido um estudo qualitativo de cariz fenomenológico, onde a técnica de colheita de dados foi a entrevista semiestruturada.

2.1. Tipo de Estudo

Foi utilizada uma metodologia qualitativa do tipo descritiva e exploratória de carácter fenomenológico. Acredita-se que se trata do desenho que mais se adequa a essa investigação, no sentido de que o objetivo da presente não é quantificar mas sim analisar perceções individuais dos participantes sobre o fenómeno em estudo, tal como este é vivenciado pelos seus atores.

Sendo que a população-alvo é o grupo de 13 (treze) enfermeiros que trabalham BUA do HBS diariamente sendo que a amostra compreendeu 06 (seis) enfermeiros da população-alvo com vista a aplicar a entrevista.

Optou-se pelo método de abordagem qualitativa pois é uma metodologia que serve para compreender o sentido da realidade social, na qual se inscreve a ação, tem por objetivo chegar a uma compreensão alargada dos fenómenos. É de considerar que o método de abordagem qualitativa tem o ambiente natural como a fonte direta para a recolha dos dados, mantendo contacto direto com o objeto de estudo em questão.

Este método tem como vantagens, gerar boas hipóteses de investigação, devido ao facto de se utilizarem técnicas como: entrevistas detalhadas, observações minuciosas, e análise de trabalhos escritos. Esta abordagem qualitativa permite obter dados sobre os indivíduos estudados, descrevendo a sua experiência humana tal como ela é vivida e definida.

Trata-se de um estudo descritivo na medida em que pretende verificar e descrever a assistência de enfermagem aos utentes com traumatismo raquimedular no serviço de urgência.

O estudo tem uma característica exploratória na medida em que pretende-se familiarizar-se com o fenómeno que está sendo investigado, de modo que a pesquisa subsequente possa ser concebida com uma maior compreensão e precisão, ou seja, quando esta envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram, ou têm, experiências práticas com o problema pesquisado.

Acredita-se também Trata-se de uma abordagem fenomenológica na medida em que as informações serão analisados com a pretensão de conhecer com o fenómeno é vivenciado pelos seus atores, sem no entanto averiguar se está é adequada ou não.

2.2. Instrumentos de recolha de informações

Todos os passos de um trabalho de investigação são importantes, mas a recolha de informações é fundamental para a sua realização. Deste modo, o instrumento utilizado para a elaboração do estudo é um guião de entrevista que consta no anexo (nº6).

A entrevista estruturada é uma técnica que o investigador utiliza frente ao investigado onde formula-se perguntas de acordo com tema em estudo, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É uma forma de interação social em que o investigador busca recolher dados para obtenção de informação necessária acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, respeito do tema em estudo. Essa pesquisa foi do tipo informal, com perguntas abertas, onde foi possível colher dados importantes para complementar o estudo pretendido.

É de salientar que foi realizada individualmente, em que teve duração necessária para cada enfermeiro respondessem às questões em casa conforme a vontade própria, e, posteriormente, procedeu-se a sua transcrição com a máxima originalidade possível e análise do conteúdo técnico.

2.3. Caracterização da população alvo

Neste ponto, encontram-se dados que caracterizam o público-alvo selecionado para a realização deste trabalho, constituído por seis enfermeiros com características

próprias e individuais de acordo com as necessidades para dar resposta aos objetivos pretendidos.

Segundo Hulley (2008, p. 46), “população é um conjunto completo de pessoas que apresentam características em comum (...), onde se pretende estudar a perceção de humanização de cuidados de enfermagem segundo os enfermeiros”.

Para a escolha da população foi necessário estabelecer alguns critérios de inclusão para a escolha dos participantes. Como critérios para seleção dos participantes do estudo em relação aos enfermeiros foram:

- Trabalho diário com utentes no BUA;
- Trabalho no contexto hospitalar;
- A vontade expressa de participar por livre e espontânea vontade.

O público-alvo deste estudo é constituído pelos enfermeiros do Hospital Baptista de Sousa, mais precisamente no BUA. Aquando da escolha do público-alvo, foi decidido escolher apenas enfermeiros que trabalham em contexto hospitalar. Esta opção do investigador, surge devido ao fato da realidade e o trabalho desenvolvidos com os utentes em meio hospitalar serem diferentes comparados com outras realidades. Desta forma decidiu-se não juntar diferentes realidades, de modo a não envesar os dados recolhidos.

Dos 13 enfermeiros que trabalham diariamente no BUA, houve 06 enfermeiros que aceitaram participar do estudo. No quadro seguinte apresentam-se algumas características do público-alvo do estudo.

Tabela 2: Características da população alvo em estudo

Enf.	Idade	Género	Grau académico	Tempo de atividade profissional	Tempo de atividade prof. no BUA	Suporte Básico de vida	Curso Trauma
E1	35-40	Masculino	Bacharelato	11 Anos	5 Anos	Sim	Não
E2	35-40	Masculino	Bacharelato	10 Anos	5 Anos	Sim	Sim
E3	30-35	Feminino	Licenciatura	10 Anos	5 Anos	Sim	Sim
E4	40-45	Feminino	Licenciatura	14 Anos	4 Anos	Sim	Não
E5	35-40	Feminino	Licenciatura	5 Anos	2 Anos	Sim	Sim
E6	30-35	Masculino	Licenciatura	10 Anos	4 Anos	Sim	Sim

Fonte: elaboração própria

Como podemos observar os participantes foram caracterizados de acordo com as seguintes características: idade, género, grau académico, tempo de atividade profissional, tempo de atividade profissional no BUA, e formação em suporte básico de vida e curso de trauma.

Da análise estabelecida, relativamente ao género pode verificar-se que três (3) são do sexo masculino e três (3) são do sexo feminino. A faixa etária compreende entre os 30-40 anos, em relação ao tempo de atividade profissional situa-se entre os 05 a 14 anos de trabalho, sendo que o tempo no BUA varia entre os 02 anos e 5 anos. No que concerne ao grau académico, constata-se que dois (02) possuem o equivalente a bacharelato e (04) são licenciados.

2.4. Princípios éticos e legais

Para que fosse possível a recolha dos dados, foi entregue à Comissão de Ética do H.B.S um requerimento, uma carta disponibilizada pela Universidade do Mindelo (ver anexos nº3 e 4), assinada pela coordenação do curso para comprovar a veracidade das informações apresentadas.

Para que a recolha dos dados fosse possível, e para garantir os direitos supracitados dos participantes foi-lhes fornecido um termo de consentimento informado livre e esclarecido (ver anexo nº5), que tem como objetivo convidá-los a participarem da pesquisa, esclarecendo-lhes que as suas participações são totalmente voluntárias, tendo a livre escolha de recusar a participar, ou desistir em qualquer momento.

Informa-se ainda que as entrevistas foram realizadas de forma individual e sigilosa e que ainda no sentido de salvaguardar a identidade, confidencialidade dos elementos e o absoluto sigilo, foi-lhes atribuído um código.

CAPÍTULO III – FASE EMPÍRICA

Depois da fase de colheita de informações a etapa seguinte visa a apresentação e a análise dos resultados obtidos através da entrevista, com o objetivo de averiguar o cumprimento dos objetivos desta investigação.

De acordo com Fortin (1999, p.131), a “análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela média da variável”. Na apresentação dos resultados utilizar-se-á tabelas, e a sua respetiva descrição, uma vez que se trata de um estudo descritivo.

3.1. Análise dos resultados e tratamento de dados

Neste subcapítulo é apresentada a análise dos dados obtidos com a finalidade de tornar mais fácil a compreensão e interpretação dos resultados. Assim, os resultados da pesquisa serão apresentados de modo a demonstrar os dados obtidos, obedecendo à sequência do instrumento de recolha de informações.

Foi codificada cada entrevista com a letra E, e um número 1 a 6, o que significa, por exemplo, E1 se refere a entrevista do primeiro enfermeiro que foi entrevistado. De seguida será apresentado os resultados obtidos através das questões colocadas, através de quadros, com o objetivo de facilitar a visão global dos resultados. Este tipo de apresentação sintetiza a informação e torna-a mais compreensível (ver anexo nº7).

Tendo atingindo esta etapa que é a análise dos resultados e tratamento dos dados, do trabalho monográfico e para que o investigador possa fazer uma análise dos dados, e de extrema importância a apresentação dos mesmos.

Através dos resultados obtidos e analisados da entrevista, foi possível verificar que a maioria das respostas vai de encontro com a literatura pesquisada anteriormente, transcrita no enquadramento teórico, no entanto em algumas questões não foi possível a sua comprovação com a teoria pesquisada. E para melhor compreensão a entrevista foi dividida em dois grupos de questões para análise.

Grupo I: Conceitos de estudo

No que refere a este grupo, é composta por 07 questões e pretende conhecer o conceito de TRM, as causas mais frequentes do TRM, estratégias usadas no atendimento ao trauma, as dificuldades sentidas no desenvolvimento de uma assistência

de enfermagem a um utente com trauma, bem com outras questões consideradas importantes.

Tabela 3: Conceito de TRM segundo cada participante

Conceito de TRM	
Unidade de registo	Unidade de contexto
Agressão à medula espinhal que pode ocasionar danos neurológicos, transitórias ou permanentes.	“ (...) Trauma a nível da coluna vertebral com lesão ou não da medula”. E1 “ (...) Trauma a nível da coluna vertebral com comprometimento do canal medular e seus elementos”. E2, E4, E5, E6 “ (...) Trauma que envolve a coluna”. E3

Fonte: elaboração própria

Relativamente a unidade de registo, 04 enfermeiros partilham dessa definição, oferecendo definições que se assemelham, sendo que 02 enfermeiros referem apenas parte da definição da unidade de registo. Entende-se por traumatismo raquimedular (TRM) “lesão de qualquer causa externa na coluna vertebral, incluindo ou não a medula ou as raízes nervosas, em qualquer dos seus segmentos (cervical, dorsal, lombossacro)”, afirma Dias (2009, p.16).

Em relação as causas mais frequentes do TRM, estão representados em síntese no quadro seguinte de acordo com os entrevistados.

Tabela 4: Causas mais frequentes do TRM

Tópico	Unidade de contexto
Causas	“ Acidentes de trabalho, acidentes de viação, agressões, lesões desportivas, quedas por embriaguez”. E1, E2, E3, E4, E5, E6

Fonte: elaboração própria

Nesta categoria constata-se a uniformidade das respostas por parte dos entrevistados, em relação as causas mais frequentes do TRM. Sendo que os dados obtidos durante as entrevistas vão de encontro com a literatura pesquisada. Isto permite o entrevistador afirmar que os enfermeiros são capazes de identificar as causas mais frequentes do TRM.

No quadro seguinte passa-se representar os dados obtidos durante as entrevistas em relação as estratégias que os enfermeiros usam no atendimento ao traumatizado, plano de cuidados no atendimento ao trauma raquimedular, bem como sobre a necessidade de formação específica para melhorar o atendimento de enfermagem a um utente com TRM.

Tabela 5: Estratégias e plano de cuidados no atendimento ao trauma raquimedular, bem como sobre a necessidade de formação específica sobre trauma.

Tópicos	Unidade de contexto
Estratégias usadas no atendimento ao traumatizado	“ (...) Põe-se em prática o protocolo ABCDE”. E1, E2, E3, E4, E5, E6 “ (...) Ter cuidados redobrados com a coluna”. E2 “ (...) Uso de uma superfície plana e dura para acomodação do utente e ter em atenção a mobilização dos utentes”. E3
Plano de cuidados no atendimento ao TRM	“ (...) Não há, trata-se com base na formação e conhecimentos adquiridos”. E1, E2, E3, E4, E5, E6
Necessidade de formação específica sobre trauma/ Porquê?	“ (...) Sim”. E1, E2, E3, E4, E5, E6 “ (...) Dado a importância do mesmo, requer um atendimento/ assistência e cuidados de enfermagem de qualidade”. E1 “ (...) É necessário o enfermeiro estar atualizado, pois há melhorias nos procedimentos.” E2 “ (...) Prestar cuidados de qualidade e minimizar as complicações.”

	<p>E3</p> <p>“ (...) Porque falamos da medula e o utente vai melhorar com base na qualidade do tratamento prestado, é necessário estar atualizado.” E4,</p> <p>E5</p> <p>“ (...) Utente é muito vulnerável, a melhoria vai depender dos cuidados prestados, (...) é necessário estar atualizado.” E6</p>
--	--

Fonte: elaboração própria

Tendo em vista ao tópico das estratégias usadas pelos entrevistados no atendimento ao traumatizado, todos foram unânimes na utilização do protocolo ABCDE, sendo que um dos entrevistados ressalva-se a necessidade de ter cuidados redobrados com a coluna dos entrevistados aponta para a atenção a mobilização dos utentes.

Quanto a necessidade de formação específica sobre o trauma todos admitem ser importantes formações contínuas, pois segundo os mesmos, justifica-se pelo facto da necessidade de estar atualizado e que o conhecimento adquirido vai melhorar a qualidade da assistência em enfermagem e minimizar as complicações do trauma.

Dando seguimento a apresentação e análise dos dados, na tabela abaixo serão analisados as dificuldades sentidas no desenvolvimento da assistência de enfermagem ao utente traumatizado bem como as ideias necessárias para um atendimento unificado no HBS e sistema nacional de saúde na ótica dos entrevistados.

Tabela 6: Dificuldades sentidas na assistência de enfermagem a um utente com TRM

Tópicos	Unidades de contexto
Dificuldades sentidas na assistência de enfermagem	<p>“ (...) Na mobilização (...), deveria haver colchões específicos para os utentes com TRM e aposta em materiais que possibilitam a intervenção do enfermeiro na assistência”. E1</p> <p>“ (...) Na mobilização (...), falta de equipamentos para melhorar a capacidade de assistência”. E2</p> <p>“ (...) Pessoal insuficiente para mobilizar e transportar os utentes com TRM, falta de treinamento e simulações” e “ (...) falta de recursos</p>

	materiais em condições (plano duro, colchões, colares cervicais...)”. E3, E4, E5, E6
Atendimento unificado no HBS e sistema nacional de saúde	<p>“ (...) Qualificação dos profissionais de enfermagem com cursos de trauma constantes e (...) aquisição de equipamentos específicos que melhore a qualidade da assistência”. E1, E2</p> <p>“ (...) Criação de um protocolo de assistência de enfermagem em utentes com TRM e (...) qualificação dos bombeiros e socorristas no manejo e transporte de utentes com trauma”. E2, E4, E5</p> <p>“ (...) Criação de uma unidade apenas para esses utentes e com materiais, equipamentos e pessoal qualificados que visam melhorar a qualidade no atendimento”. E3, E6</p>

Fonte: elaboração própria

Em relação as dificuldades sentidas pelos enfermeiros no desenvolvimento da assistência de enfermagem todos os entrevistados foram unânimes que a mobilização dos utentes com TRM representa a maior dificuldade.

Contudo, 04 dos enfermeiros entrevistados referem a falta de equipamentos/recursos materiais (plano duro, colchões, colares cervicais) para melhorar a capacidade de assistência em enfermagem

Nota ainda de destaque para 04 dos entrevistados que afirma haver pessoal insuficiente para mobilizar e transportar os utentes com TRM, falta de treinamento e simulações sobre a assistência de enfermagem ao traumatizado.

No que toca ao tópico referente ao atendimento unificado no HBS e sistema nacional de saúde 03 dos entrevistados acredita que a “ (...) Criação de um protocolo de assistência de enfermagem em utentes com TRM e (...) qualificação dos bombeiros e socorristas no manejo e transporte de utentes com trauma” (**E2, E4, E5**), vai melhorar de forma significativa o atendimento.

No mesmo tópico, dois entrevistados (**E3, E6**), defendem a criação de uma unidade apenas para esses utentes e com materiais, equipamentos e pessoal qualificados que visam melhorar a qualidade no atendimento.

Grupo II: Desempenho

No que refere a este grupo, é composta por 06 que apontam ao desempenho dos entrevistados enquanto profissionais, assim foram feitas questões sobre a ansiedade sentidas nos procedimentos, a importância de um *team leader* em situações de emergência, a segurança sentida na realização dos procedimentos acompanhados ou não, sobre a segurança na realização de compressões cardíaca externa e se possuem formação do suporte básico de vida avançado ou algum curso de trauma.

Tabela 7: Ansiedade em situações de emergência e Importância de um *team leader* em situações de emergência

Tópicos	Unidades de contexto
Ansiedade em situações de emergência	“(…) Não. Estão preparados para tais situações tanto psicologicamente como a nível do conhecimento”. E1, E2, E3, E5 “(…) Sim. Preparados para qualquer situação emergente, mas são situações fora do normal”. E4, E6
Importância de um <i>team leader</i> em situações de emergência	“(…) Sim. (...) Muito positiva pois há uma organização do trabalho prestado”. E1, E3, E4, E5, E6 “(…) Não”. E2

Fonte: elaboração própria

Em relação a ansiedade sentida na realização de procedimentos em situações de emergência quatro dos entrevistados referem não sentir ansiedade, pois sentem preparados tanto psicologicamente como a nível do conhecimento para essas situações devido ao tempo de trabalho, ao contrário dois entrevistados dizem-se sentir ansiosos porque é uma situação fora do normal, mas afirmam estar preparados para tais situações.

Na quadro abaixo serão analisados dados referentes a troca de ideias em equipa sobre os procedimentos, sobre a segurança sentida na realização dos procedimentos quando acompanhado ou sozinho, a segurança na realização de compressão cardíaca e se possuem o suporte básico avançado de vida.

Tabela 8: Troca de ideias em equipa sobre procedimentos efetuados, segurança na realização dos procedimentos, suporte básico de vida avançado e curso de trauma e compressão cardíaca externa

Tópicos	Unidades de contexto
Trocar ideias em equipa sobre procedimentos	“ (...) Sim. (...) Depois da ação”. E1, E2, E3, E4, E5, E6
Segurança na realização dos procedimentos	“ (...) Acompanhado (...) a margem de erro é menor”. E1, E2, E3, E4, E5, E6
Suporte básico de vida e curso de trauma	“ (...) Sim”. E2, E3, E4, E5 “ (...) Não”. E1, E6
Compressão cardíaca externa	“ (...) Sim”. E1, E2, E3, E4, E5, E6

Fonte: elaboração própria

Tocar ideias em equipa sobre os procedimentos e uma prática bastante comum a todos os enfermeiros que referem faze -lo sempre depois da ação. Também todos sentem seguros na realização das compressões cardíacas externas, contudo afirma que sentem mais seguros quando acompanhados na realização do mesmo. Em relação a formação em suporte básico de vida/ avançado e curso de trauma quatro dos entrevistados afirmam possuir formação específica, sendo que dois dos entrevistados não a possuem.

3.4. Discussão dos resultados

Tendo atingido esta etapa do trabalho monográfico, é ainda necessário proceder as conclusões e algumas reflexões acerca da temática em estudo: **Assistência de enfermagem em situações de trauma raquimedular**. Para que o investigador faça de uma forma precisa e profunda efetuar uma análise crítica dos dados que foram analisados e tratados, achou-se pertinente fazê-lo através dos objetivos de investigação de estudo. Desta forma tentar-se-á, com os dados obtidos, dar resposta a cada uma delas, tornando-se mais facilitador apontar estratégias para colmatar alguns constrangimentos detetados ao longo do estudo e dar cumprimento aos objetivos formulados.

De acordo com os resultados obtidos nas entrevistas, pode-se verificar que maioria das respostas vai de encontro com a bibliográfica pesquisada, mas constata-se que, em algumas das questões dos mesmos ficaram aquém das afirmações dos autores.

- Identificar as intervenções de enfermagem a um utente vítima de trauma raquimedular no BUA do H.B.S;

Tendo em conta as unidades de contexto da Tabela 5 analisados, sublinha-se o facto de todos os enfermeiros referirem seguir o protocolo ABCDE. Mas pelo fato de abordar as intervenções de enfermagem prestada pelos enfermeiros a utentes com TRM, atribuímos nota positiva dois enfermeiros que afirmaram ser de extrema importância ter cuidado na mobilização do utente e cuidados específicos e redobrados com a coluna.

- Identificar as dificuldades na prestação da assistência de enfermagem aos utentes vítimas de trauma raquimedular no BUA do HBS;

Todos os entrevistados foram unânimes que as maiores dificuldades é a falta de equipamentos e matérias necessários para a execução de um atendimento de qualidade, logo apontam para aquisição de equipamentos específicos que melhore a qualidade da assistência.

Ainda a maioria dos entrevistados defendem a criação de um protocolo de assistência de enfermagem em utentes com TRM e qualificação dos bombeiros e socorristas no manejo e transporte de utentes com trauma, o que mostra uma natural preocupação na forma como é feita a abordagem pré-hospitalar, que autores anteriormente citados defendem que a melhoria depende da qualidade da abordagem no momento de socorro. É de realçar a ideia de dois entrevistados para a criação de uma unidade apenas para esses utentes e com materiais, equipamentos e pessoal qualificados que visam melhorar a qualidade no atendimento. Outra ideia bastante clara dos

entrevistados é a falta de pessoal suficiente para mobilizar e transportar os utentes com TRM, falta de treinamento e simulações em situações de trauma, o que impossibilita a atenção que se deve dar ao utente.

Uma ideia particular foi a sugestão por parte de um entrevistado em referir que deveria haver colchões específicos para os utentes com TRM e aposta em materiais (plano duro, colchões, colares cervicais...) que possibilitam a intervenção do enfermeiro na assistência, afirmações que estão de acordo com a bibliografia pesquisada.

Todos os entrevistados estão em concordância sobre a criação de um fluxograma específico de atendimento a utentes com trauma raquimedular e vão mais longe ao apontarem para a criação de um protocolo de assistência a utentes com TRM bem como a elaboração de um plano de cuidados adaptado a nossa realidade que possibilita a sistematização de assistência. Esta ótica leva o investigador a sugerir a elaboração dos elementos apontados pelos entrevistados.

- Descrever os cuidados que os enfermeiros utilizam para favorecer o bem-estar dos utentes vítimas de trauma raquimedular.

Relativamente a este objetivo, e através da análise do conteúdo realizado, surgiram várias práticas para favorecer o bem-estar do utente com TRM, pois todos os enfermeiros indicaram cuidados que vão de encontro a essa assistência. Nota-se que os enfermeiros entrevistados dão grande importância as relações estabelecidas aquando da prestação de cuidados. No entanto é de realçar que todos os entrevistados conseguiram indicar mais do que duas práticas para a assistência de enfermagem que deixa o investigador bastante satisfeito sobre essas práticas.

Ainda para favorecer o bem-estar dos utentes os 06 enfermeiros acharam mais pertinentes os seguintes aspectos:

- Preparação psicológica
- Humanização dos cuidados de enfermagem
- Sigilo profissional
- Materiais seguros
- Orientar o utente, dando conforto e segurança.

A ordem dos Enfermeiros (2001, p.11) nos alerta que: “como elemento importante da satisfação dos utentes, relacionada com os processos de prestação de cuidados de enfermagem, é o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos da natureza individual do utente”.

Um dos aspetos que marcou o investigador foi o facto de um dos entrevistados ter falado na colocação de um plano duro na cama para haver um alinhamento de coluna vertebral de forma a não complicar a lesão e assim dificultar o tratamento.

- Conhecer as dificuldades do enfermeiro para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem;

Para finalizar essa análise, o objetivo referenciado, a partir do conteúdo elaborado, o investigador constatou uma preocupação por parte dos entrevistados para melhorar humanização dos cuidados de enfermagem. Os entrevistados declaram que a humanização dos cuidados é definida pela perspectiva biopsicossocial, atendendo o utente no seu todo, referiu-se um aspeto muito importante que é chamar o utente pelo seu nome. Fica clara a ideia dos entrevistados aquando da necessidade de fazer melhor humanização dos cuidados de enfermagem é centrado no utente ou seja uma enfermagem de proximidade, o que deixa o investigador muito satisfeito vendo a evolução de enfermagem no dia-a-dia em direção ao que é defendido na literatura.

Perante estes resultados o investigador pode concluir que a maioria dos entrevistados foram capazes de dar uma resposta mais clara e objetiva para melhorar a humanização dos cuidados de enfermagem, pois baseiam-se em três aspetos importantes: a perspectiva biopsicossocial, a personalização dos cuidados e o cuidar humano.

Contudo, os entrevistados consideram de extrema importância o aumento do pessoal de enfermagem por turno de forma a centrarem os cuidados de enfermagem no utente em detrimento de preocuparem-se somente com a cura.

Considerações finais

A enfermagem tem evoluído, redefinindo o seu papel continuamente e adaptando-se às exigências permanentes da evolução da ciência. Face a estas previsões, o enfermeiro, tanto no seu papel de cidadão, como no seu papel de profissional, não se deve alhear destas mudanças que ocorrem no meio coletivo onde vive e exerce as suas funções. Para evitar que isso aconteça, deve possuir certas qualidades fundamentais que o ajudem, ao longo de toda a sua vida, adquirir os saberes necessários e a desenvolver as suas próprias competências. Ora, isto requer o desenvolvimento de capacidades pessoais, saberes, saber fazer e saber ser ou estar na profissão.

A esse ponto do trabalho, questionamo-nos: qual é de facto a necessidade de ter-se falado tanto de conceitos, filosofias, tendências e organização em enfermagem, quando o trabalho era suposto versar especificamente sobre de enfermagem confrontada com traumatismo raquimedular?

Este tipo de questionamento encerra em si mesmo todas as razões para que tais abordagens acima fossem feitas, visto ser sintomático do desconhecimento que se tem da importância desses aspetos no cumprimento cabal da função de enfermeiro. De facto, para que todo o esforço do enfermeiro no sentido de tratar de uma vítima de traumatismo raquimedular logre satisfatoriamente o paciente, este terá de o aceitar e colaborar na busca do seu efeito positivo. Não que a omissão dos princípios aqui expostos afaste qualquer hipótese de “cura” do paciente.

O recurso às referências bibliográficas que o trabalho impôs, foi impelindo as nossas atenções fundamentalmente para três aspetos: o sentido filosófico e o verdadeiro significado do cuidar em enfermagem; o possível impacto da humanização do atendimento em enfermagem e as vantagens de uma bem-sucedida sistematização da assistência em enfermagem.

Não que deixássemos interesse pelos aspetos clínicos, pois relativamente a estes as nossas expectativas só podiam ser justificadas, atendendo à riqueza dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação.

De facto, conforme se avançava nas pesquisas e se avolumava o conteúdo do trabalho, instalava-se em nós alguma apreensão relativamente à realidade dos nossos serviços de Assistência de Enfermagem, particularmente, e de forma mais marcante, das unidades de Urgência/Emergência.

Na nossa perspetiva, essa ausência de cultura do cuidado em enfermagem afetará certamente a orientação do ensino da arte da enfermagem e a gestão político-

administrativa do sector. Os próprios programas oficiais para o sector, quando informam, logo na sua origem, da ausência de uma visão clara da função de cuidar, terão a sua implementação desfavorecida pelas mesmas razões.

Perguntamo-nos então: afinal, qual a verdadeira realidade da Assistência de Enfermagem nos nossos serviços hospitalares?

Sendo a investigação *in loco* a melhor forma de o saber, foi estabelecido um modesto plano de atuação, baseado numa entrevista dirigida a alguns profissionais de enfermagem do Hospital Baptista de Sousa, de S. Vicente, que tenham ou hajam tido algum vínculo com a unidade de Urgências/Emergência, indagando sobre a sua sensibilidade na matéria, de que se obteve o seguinte resultado:

Para uns, a falta de enfermeiros em número suficiente e a insuficiência de meios materiais em face à demanda nos serviços de urgência tem feito com que simplesmente os enfermeiros priorizem suas tarefas clínicas, contemplando apenas a vertente técnico-científica, com prejuízo para a vertente humana do cuidado, omitindo que a pessoa que está a ser cuidada é um ser humano muitas vezes em estado de dependência ou mesmo até de incapacidade.

Alguns reconhecem que muitas das vezes os profissionais de enfermagem, numa demonstração exacerbada de autoridade, exercem poder excessivo sobre o paciente, impondo-lhe obediência às suas regras, dispensando qualquer opinião daquele. Outras vezes profissionais de enfermagem, num sobressalto de paternalismo, assumem-se como autênticos responsáveis dos utentes, sobre e por quem tomam decisões sem lhes dar qualquer oportunidade de questionar, discordar ou opinar.

Quanto a ser o lado humano tido em conta ou não, respondem que tal só ocorre quando têm tempo, visto que em face da enorme demanda, que é lugar-comum nas unidades de urgências/emergências, tal compromisso torna-se difícil, podendo ser inclusive prejudicial ao trabalho dos enfermeiros.

Também será necessário que se pense num serviço de assistência pré-hospitalar competente, o que, seguramente, contribuirá para melhoraria da intervenção hospitalar e conferirá maior segurança às vítimas de acidente. Outrossim, além da necessária implantação de uma cultura organizacional consistente, porque pré-requisito indispensável para a implementação duma eficiente sistematização dos processos, os serviços de saúde deverão ser estruturados de forma a aligeirar a carga de atendimento nas urgências.

Para que se possa aproximar do ideal almejado, é necessário que se dê maior atenção à vertente formação/reciclagem, mais voltada para a humanização, de

profissionais de enfermagem, nomeadamente aqueles que trabalham em situação de Urgência/Emergência se crie incentivos e condições para valorização da classe profissional. Mas dever-se-á igualmente investir na melhoria das condições técnicas e materiais de trabalho.

Após a elaboração deste trabalho, constatamos a importância da formação, nomeadamente em suporte básico e avançado de vida, que se traduz numa maior segurança na prestação de cuidados.

Como sugestões, consideramos pertinente que ao nível da prática clínica sejam realizadas ainda formações sobre trauma, bem como proporcionar simulacros por forma aos enfermeiros treinarem as técnicas específicas na área de emergência. Parece-nos que desta forma os enfermeiros diminuirão o grau de ansiedade aquando das situações reais.

Dada a relevância atribuída ao *team leader*, é fundamental que as equipas tenham a noção da sua importância do trabalho de equipa em situação de emergência, destacando a função do líder como fator determinante para o bom desempenho do grupo na prestação dos cuidados.

O enfermeiro necessita de assegurar qualidade nos cuidados bem como no contacto estabelecido com o doente, pois este é o primeiro passo para um cuidar pleno de sucesso. Cuidar no serviço de urgência implica ser capaz de criar um clima de confiança, escutar em vez de discursar, compreender e reformular nos momentos oportunos aquilo que o doente verbaliza ou transmite.

Deste modo, o enfermeiro necessita de aperfeiçoar algumas características latentes em si. Estas não se referem apenas ao grau de conhecimentos que ele possa ter, mas também à rapidez, agilidade e diplomacia com que domina as situações que na maior parte das vezes refletem risco de vida ou morte para o doente.

Concluimos assim que o enfermeiro é imprescindível na prestação de um cuidado mais particularizado, com o intuito de individualizar a assistência, visando a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde dos doentes vítimas de TRM. Os cuidados de enfermagem são essenciais na medida em que os enfermeiros têm um contacto primordial contacto com o traumático, fazem a anamnese detalhada, educação para saúde, o exame físico, prestação dos cuidados e da assistência de enfermagem.

Como limitações desta pesquisa, realçamos as dificuldades na obtenção de bibliografia relacionada, particularmente daquelas que fazem abordagens sobre os cuidados de enfermagem e a assistência prestada aos utentes bem como a falta de dados sobre o TRM no HBS, o que dificultou em muito a conclusão do trabalho.

SUGESTÕES DO ESTUDO

A presente pesquisa permite concluir que o serviço de urgência necessita de algumas ferramentas para uma abordagem de qualidade no atendimento a um utente com TRM, por isso é de suma importância a aplicação de um protocolo de atendimento de enfermagem na sala de emergência para atendimento aos utentes vítimas de TRM, juntamente com o fornecimento de cursos teóricos/ práticos aos enfermeiros, que visam a ampliação dos conhecimentos e da prática que irão refletir de forma positiva na qualidade dos cuidados.

A pesquisa ainda nos mostra que os profissionais da enfermagem necessitam de maiores informações e direcionamento nas ações de enfermagem que, juntamente com a conduta médica e de outros profissionais, são imprescindíveis para a boa recuperação do utente.

Ainda enfatizamos que o protocolo não deve em momento algum robotizar as ações de enfermagem tornando mecânico e pouco humanizado o atendimento prestado, mas sim colaborar no direcionamento da equipe para um atendimento mais ágil e eficaz.

Uma solução bastante pertinente é uma aposta clara na formação contínua dos bombeiros e socorristas na abordagem pré-hospitalar a vítimas de trauma no que concerne ao manejo, mobilização e transporte dos traumáticos.

Proporcionar constantemente aos enfermeiros, bombeiros e socorristas treinamento e/ou simulações de assistência a vítimas de trauma

Um outro problema encontrado depois da construção do referencial teórico é o facto do sistema de triagem de Manchester não ter um fluxograma apropriado, não obstante, apontaria como uma sugestão a criação de um fluxograma específico do TRM, tendo em consideração a realidade do país.

Sendo o TRM uma área de estudo muito ampla e por ser praticamente impossível a sua explanação em um único trabalho, isso levou a pensar em futuros trabalhos que pudessem ser desenvolvidos, com propósito de ampliar os conhecimentos científicos, por isso propõe-se para futuros trabalhos:

- Manejo dos utentes vítimas de trauma raquimedular.
- A relação existente entre os primeiros socorros e as complicações do trauma raquimedular.

BIBLIOGRAFIA

ANTUNES, Abílio et al. (1984). “ *Manual de Urgências (médicas e cirúrgica)* ”, 1ª edição.

ASCENÇÃO, Helena Sofia da Silva (2010). “*Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente*”. (Online): <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/269142/1/dissertao%20Mestrado%20Sonia%20Briga.pdf>. 02/06/2015. (25- 36).

BENTO, Flávio Rocha (2013). “*Qualidade Dos Cuidados Do Enfermeiro De Triagem: Satisfação Do Utente No Banco De Urgência De Adulto No Hospital Dr. Baptista De Sousa.*”: Universidade do Mindelo, Mindelo

BERMEJO, Carlos José, (2008). *Humanizar a saúde. Cuidado, relações e valores*. Editora Vozes. (49-51).

BLACK, Joyce M. E JACOBS Esther M. *Luckmann e Sorensen – Enfermagem Medico-cirúrgica- uma abordagem Psicológica*. 4ª Edição, vol. I, Editora Guanabara Koogan S.A. (7- 29).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular**. Tiragem: 1. Ed. – 2012. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_pessoa_lesao_medular.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2013.

BRIGA, Sónia Cristina Pinto (2010). “*A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*”. (Online): [Http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/269142/1/dissertao%20Mestrado%20Sonia%20Briga.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/269142/1/dissertao%20Mestrado%20Sonia%20Briga.pdf). 16/07/2015, (18- 25).

CORDEIRO, Adriana Patrícia (2011). “*Humanização ao paciente em isolamento hospitalar.*” (Online): http://www.unisa.br/pesquisa/ci_14/docs/3204_3177.pdf, 03/08/2015, (10- 25).

CORREIA Artur (s/d). “*Promoção da Saúde: Nova Visão e Operacionalização do Conceito*”. (Online): www.minsaude.gov.cv/promocao-de-saude-nova-visao-e-operaci. 22/07/2017. (215- 221)

- DEFINO HLA. (1999) “*Trauma raquimedular*”. Medicina, Ribeirão Preto, (388-400).
- DIAS, Orélia Antunes R. (2009) “*Guia de Boa Prática de Cuidados de Enfermagem à Pessoa Com Traumatismo Vértebro-Medular*” Ordem dos enfermeiros –comissão de especialidade de enfermagem de reabilitação (mandato2004/ 2007)
- FERNANDES, Edite Manuela da G.P. (1999). “Estatística aplicada”. (Online): <http://www.norg.uminho.pt/emgpf/documentos/Aplicada.pdf>, 16/07/2015. (10- 15)
- FIGUEREDO, N.M.A. *Práticas de enfermagem. Fundamentos, conceitos, situações e exercícios*. São Paulo: yendis, 2005
- FORTIN Marie- Fabienne (1999). “A revisão de literatura” in Fortin. *O processo de investigação- da concepção á realidade*. Lusociência, (30- 90).
- FORTIN Marie-Fabienne (2003) *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência. Edições técnicas e científicas.
- FORTIN Marie-Fabienne (2009). “Os estudos de tipo descritivo”. In Duhamel e Fortin *Fundamentos e etapas do processo de investigação*, lusodidacta, (164- 165).
- GIFFONI, Regina Maria. (s/d). *Orientação Básicas para a Pesquisa*. (Online): Marsigliahttp://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf. (10-18).
- HESBEEN, Walter (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência, (35- 37).
- HESBEEN, Walter (2006). *Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade, emergir como o autor do seu próprio pensamento*. Lusociência, (30- 35).
- MACPHAIL, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. In SHEELY, S. *Enfermagem de Urgência: da Teoria à Prática* (p.5-7). Loures: Lusociência.
- MANZINI, E. J. 1990/1991. *A entrevista na pesquisa social*. Didáctica, São Paulo, (149-158).
- MARION, José Carlos (2002). *Análise de demonstração de contabilidade empresarial*. 2ª Edição. São Paulo, Atlas. 38

MINISTÉRIO DA SAÚDE DE CABO VERDE (2010). “*Manual de protocolos terapêuticos de medicina interna*”, 1ª edição, (p.121)

NANDA, (Norte american nursing diagnosis association). (2008), Diagnósticos de enfermagem da nanda: definições e classificação. Porto alegre: artmed.

NATIONAL ASSOCIATION OF EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS. (2007).Pré hospital trauma life support (6ª ed.).Rio de Janeiro: Elsevier.

NETTER, Frank H. (2000). Atlas de Anatomia Humana. 2ed. Porto Alegre: Artmed

NIGHTINGALE, Florence. 2005. Notas Sobre Enfermagem. Lusociência. Loures,

NUNES Fernando Manuel et al. (1987). “*Manual de traumas*”, Lusociência, 5ª edição, (83-85).

OLIVEIRA, D. (Setembro 1999). As urgências exigem motivação pessoal e profissional. *Nursing* (136), 13-16.

PESSINI, L, (2004). “*Humanização da dor e do sofrimento humanos na área da saúde*”. In: Pessini L, Bertachini L, organizadores. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo (SP): Loyola.

PIRES, A. (Fevereiro/Abril1994) As novas competências profissionais. *Formar*, (10), 4-19;

PHTLS-Prehospital Trauma Life Support (2004) “*Atendimento Pré-Hospitalar Ao Traumatizado - Básico E Avançado*” 5ª Edição, Elsevier editora Ltda, Rio Janeiro.

POTTER, Patrícia A.; PERRY, Anne Griffin. (2006). *Fundamentos da enfermagem. Conceitos e procedimentos*. 5ª Edição. Lusociência. (54- 60)

PIRES, P. S. *Tradução para o português e validação de instrumento para triagem de pacientes em serviços de emergência “Canadian Triage and Acuity Scale” (CTAS)*. 206 p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo. 2003.

RAMOS, DD, Lima MADS (2003). “*Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde*”. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2013) – Relatório Estatístico; Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos.

República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2010) – Relatório Estatístico; Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos.

República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2011) – Relatório Estatístico; Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos.

República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2012) – Relatório Estatístico; Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos.

República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2013) – Relatório Estatístico; Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos.

República de Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2012) - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016; Saúde: um compromisso do estado, responsabilidade de todos.

RODRIGUES, William Costa (2007). *Metodologia Científica*. FAETEC/IST. Paracambi, (3- 28).

SANTO, Fátima do Espírito; Porto, Isaura, Setenta (2006). “*De Florence Nightingale às perspectivas atuais sobre o cuidado de enfermagem: Evolução de um saber/Fazer*”. (Online): <http://www.scielo.br/pdf/eanv10n3v10n3a25.pdf>, 24/07/2015. (538- 544).

SHEEHY Susan (2001). “*Enfermagem de urgência – da teoria à prática*”, Lusociência, 4ª edição. (3- 6)

SEGRE, Marco (1997). “*O conceito de saúde*”. (Online): <http://www.scielo.org/pdf/rspv31n32334.pdf>, 23/07/2015. (531- 540)

SILVA, A. L. (1995). *O saber nightingaleano no cuidado: uma abordagem epistemológica. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; (40-51)

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, (6- 9).

SOUSA, Lenisse Dutra De. (2011). “*A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora*” (Online): http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v17n2/art_10.pdf, 16/06/2015, (87- 95)

TUONO, V. L. *Traumas de coluna no Brasil: análise das internações hospitalares*. 2008, 214f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo USP: São Paulo, 2008.

VAZ, C. & CATITA, P. (Setembro, 2000). *Cuidar no serviço de urgência*. Nursing (148), p. 14-17

VILLA VSC, ROSSI LA. *O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”*. Rev. Latino americana de Enfermagem. V. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002

VIEIRA, C.A.S.; MAFRA, A.A. / *Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Protocolo Clínico sobre Trauma*. –Belo Horizonte 2011

YASUDA, S. *Et. Al*. Return to work after spinal cord injury: a review of recent research. Neuro- rehabilitation. 2002.

ANEXOS

Anexo 1: Escala de Ramsay

Escala de Ramsay	
Grau 1	Paciente ansioso
Grau 2	Cooperativo, orientado, tranquilo
Grau 3	Sonolento, reage aos comandos
Grau 4	Dormente, responde rapidamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso
Grau5	Dormente, responde lentamente ao estímulo glabelar ou ao estímulo sonoro vigoroso
Grau 6	Dormente, sem resposta

Fonte: elaboração própria

Anexo 2: Escala de coma de Glasgow

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

VARIÁVEIS		ESCORE
Abertura ocular	Espontânea	4
	À voz	3
	À dor	2
	Nenhuma	1
Resposta verbal	Orientada	5
	Confusa	4
	Palavras inapropriadas	3
	Palavras incompreensivas	2
	Nenhuma	1
Resposta motora	Obedece comandos	6
	Localiza dor	5
	Movimento de retirada	4
	Flexão anormal	3
	Extensão anormal	2
	Nenhuma	1

TOTAL MÁXIMO	TOTAL MÍNIMO	INTUBAÇÃO
15	3	8

Fonte: www.scielo.br

Anexo 3: Solicitação Autorização para Recolha de Dados

Responde
1.º de 2.º de um pedido
deu a vaga e sem
resposta em 20/03/15
28/03/15

UNIVERSIDADE DO MINDELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

A Suplementação de
ref para a matéria
análise de
12/04/15

Ex.mo Sr.(a) Sandra Monteiro
Director(a) do Hospital Baptista de Sousa.

Assunto: Pesquisa para Monografia

Eu, abaixo assinado, Eddy Coutinho Baia, estudante do curso de Licenciatura em Enfermagem, na Universidade do Mindelo, nº2380, 4ºano, pretendo desenvolver uma pesquisa para obtenção do grau de Licenciatura cujo tema é Assistência De Enfermagem Em Situações De Trauma Raquimedular. Sendo que é um trabalho de investigação científica, necessito de uma autorização para aplicar a técnicas de recolha de informações nomeadamente a entrevista, respeitando todos os passos da ética de um trabalho científico.

Diante do exposto, venho mui respeitosamente requerer a V.Exª se digne autorizar-me a fazer o estudo em questão e dar-me o acesso ao serviço do Banco de Urgência, no período compreendido entre o mês de Março até meados do mês de Junho, para a recolha de informações pertinentes para a pesquisa, nomeadamente a recolha de dados, consulta de arquivos e documentos relacionados com o referido tema.

Pele deferimento,
Saudações Profissionais

Mindelo, Março de 2015

À Comissão de
Ética
20/04/2015

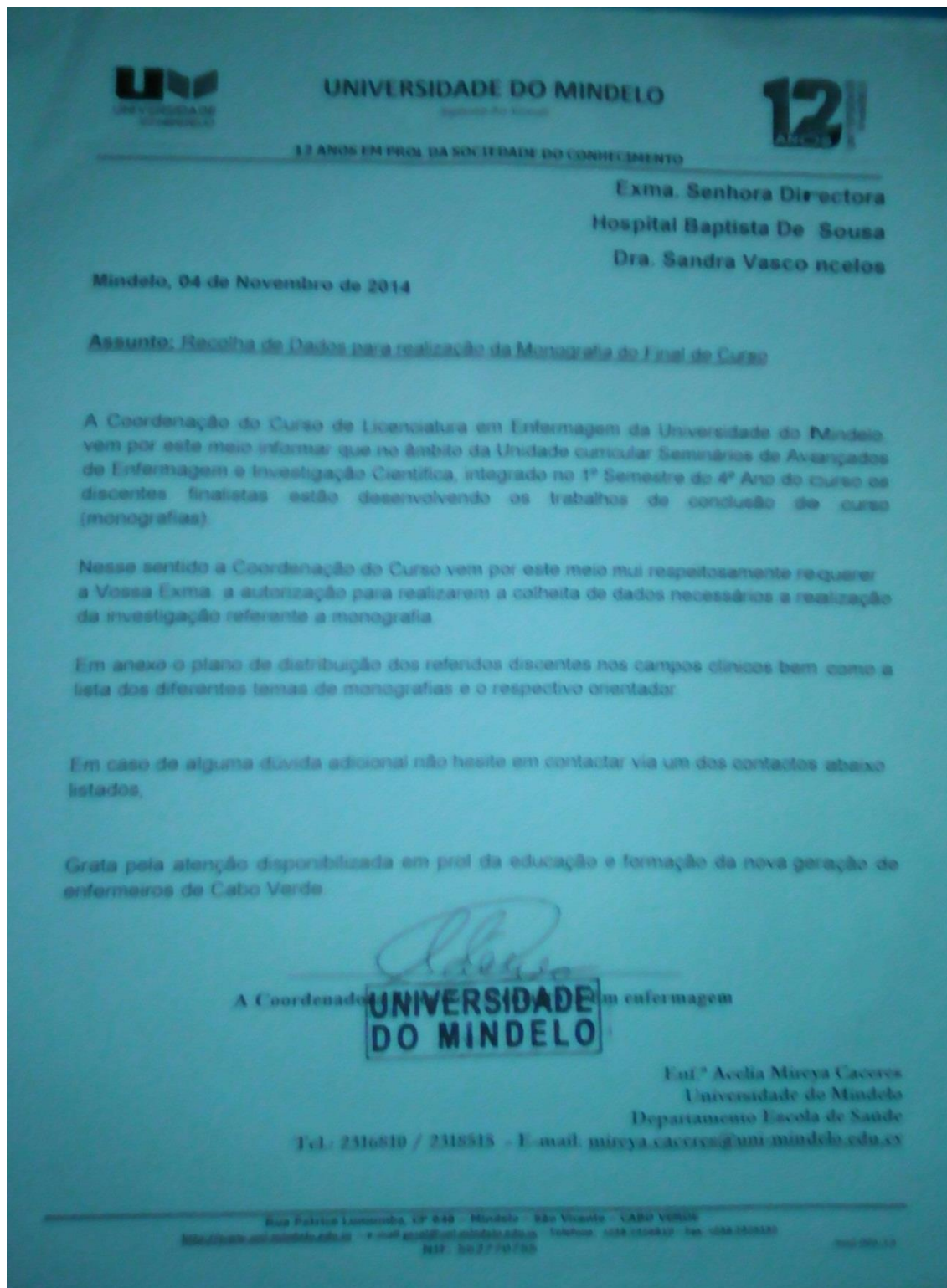
Assinatura
Eddy Coutinho Baia
/Eddy Coutinho Baia/

UNIVERSIDADE DO MINDELO

HOSPITAL Dr. BAPTISTA DE SOUSA
Nº 302 - 17/03/15
Dr. [Assinatura]

Autorizada pelo
Conselho de Ética
20/04/2015

Anexo 4: Carta Fornecida pela Coordenação de Enfermagem de Universidade do Mindelo



Anexo 5: Termo de Consentimento Informal

***ATENÇÃO:** Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

Eddy Coutinho Baia, aluno n.º 2380, do 4º Ano do Curso de Licenciatura em ENFERMAGEM da UNIVERSIDADE DO MINDELO, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, com o título, **Trauma Raquimedular: Assistência de Enfermagem a utentes no serviço de urgência**, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo (a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objectivo geral: **conhecer as intervenções de enfermagem direccionada aos utentes com Trauma Raquimedular no serviço de urgência**.

É importante esclarecer que a sua participação é totalmente voluntária, podendo o (a) Sr. (a) recusar-se ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete prejuízo à sua pessoa. Informa-se ainda que as informações só serão utilizadas para fins do Trabalho de Conclusão de Curso, garantindo o anonimato do entrevistado. As perguntas serão colocadas verbalmente e as respostas depois serão transcritas para o formato de papel. Caso tenha alguma dúvida ou necessita de maiores esclarecimentos pode contactar através dos seguintes números: Móvel-592.90.85 ou pelo email: baia10enf@gmail.com.

Eu, _____, aceito participar nesta pesquisa. De acordo com a minha disponibilidade fornecerei toda a informação necessária que seja útil para o seu trabalho.

O entrevistado

O pesquisador

/Eddy Coutinho Baia/

Mindelo, Agosto de 2016

Anexo 6: Guião de entrevista

- Eddy Coutinho Baía, aluno nº 2380, do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade do Mindelo, a fim de desenvolver o Trabalho de Conclusão de Curso, cujo título é **Trauma Raquimedular: Assistência de Enfermagem a utentes no serviço de urgência**, vem por este meio mui respeitosamente convidá-lo(a) a participar numa entrevista para o trabalho referido, que tem como objectivo geral: **Conhecer as intervenções de enfermagem direccionada aos utentes com Trauma Raquimedular no serviço de urgência**.

A- CARACTERIZAÇÃO GERAL

1. Sexo: Feminino_____ Masculino_____
2. Idade:_____anos
3. Habilitações Académicas:_____
4. Tempo de actividade profissional_____anos
5. Tempo de actividade profissional no BUA_____anos
6. Possui formação no suporte básico de vida: Sim _____ Não _____
7. Possui formação em curso de trauma: Sim_____ Não_____

B- CONCEITOS DE ESTUDO

1. O que entendes por trauma raquimedular?

_____.
2. Quais as causas mais frequentes de trauma raquimedular no seu quotidiano?

_____.
3. Quais as intervenções de enfermagem que usa no atendimento ao traumatizado?

4. Há um plano de cuidados no atendimento a um utente com trauma raquimedular? Se sim, fala-me dele.

5. Na sua opinião, os enfermeiros necessitam de formação específica para melhorar o atendimento, assistência e os cuidados de enfermagem a um utente com trauma raquimedular? Porquê?

6. Que dificuldade já sentiu no desenvolvimento da assistência de enfermagem ao utente com trauma raquimedular (falar da humanização)?

7. O que é preciso melhorar no HBS e no Sistema Nacional de Saúde para que haja um atendimento unificado e de qualidade nessa matéria?

C- DESEMPENHO

1. O (A) Sr. (a) enfermeiro(a) sente-se ansioso (a) em alguma situação de emergência? Porquê?

2. Na sua equipa de trabalho, existe um *team leader* (quem comanda) em situações de emergência? Se existe, influencia de alguma forma no desempenho da equipa?

3. Alguma vez discutiu (troca de ideias) em equipa procedimentos realizados no atendimento ao utente?

4. Sente-se mais seguro(a) quando trabalha sozinho(a) na realização de um procedimento ou quando acompanhado (a) de um colega? Porque?

5. Possui o suporte básico de vida, o suporte avançado ou algum curso de trauma?

Muito Obrigado!

Anexo nº7: De Tabelas

Distribuição do público-alvo segundo o gênero

Gênero	E	%
Masculino	03	50%
Feminino	03	50%
Total	06	100%

Distribuição do público-alvo segundo a idade

Idade	E	%
[20;30]	02	28.57%
[31;40]	03	57.14%
[41;50]	01	14.29%
Total	06	100%

Distribuição do público-alvo segundo grau acadêmico

Grau Acadêmico	E	%
Licenciatura	04	66.7%
Bacharelo	02	33.3%
Total	06	100%

Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional de enfermagem (Enf)

Anos prática profissional Enf	E	%
[1; 5]	01	14.29%
[6; 10]	03	57.14%
[11; 15]	02	28.57%
Total	06	100%

Distribuição do público-alvo segundo anos prática profissional no BUA

Anos prática profissional no BUA	E	%
[1; 5]	06	100%
Total	06	100%

Obs: E= Tamanho da Amostra

